Nr. 19. 7 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. Szczęsny Bronowski. Warszawa.

Kilka uwag o udawaniu i o sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lek.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warsz. dnia 27 Września 1921).

Udawanie i sztuczne wywoływanie objawów chorobowych z pewnością nie jest cechą czasów nowoczesnych [1]). W piśmiennictwie greckiem i rzymskiem znajdujemy liczne wzmianki o udawaniu. Zwłaszcza w średniowieczu, gdy barbarzyństwo i zdziczenie obyczajów ogarnęło ludzkość, udawanie a zarazem i oskarżanie o udawanie było niesłychanie częste. Aczkolwiek nie posiadamy odnośnej statystyki, to jednakże z całą pewnością można twierdzić, że człowiek pierwotny dziki w swej walce o byt i w obronie swego *ja*, znacznie częściej posługiwał się obłudą, fałszem, podstępem, niż to się dzieje w obecnym świecie kulturalnym. Z rozwojem bowiem etyki i uszlachetnieniem duszy ludzkiej pewne sposoby walki o byt oraz samoobrony bądź zupełnie zanikły w świadomości ludzkiej, bądź przybrały cechy bardziej szlachetne. Udawanie i sztuczne wytwarzanie objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lekarskiej u żołnierzy, uchylających się od służby wojskowej, ma nieco inne podłoże psychologiczne.

Symulanci - żołnierze w przeważnej swej części są to ludzie, że tak powiem, »niższego gatunku«, o wyraźnych nieraz cechach fizycznego zwyrodnienia, o niskim poziomie umysłowym, moralnie zaniedbani, lub wprost spaczeni, o słabej odporności psychicznej. Mając na względzie zwłaszcza cechę ostatnią, zrozumiałem się staje, dlaczego uchylanie się od służby wojskowej nawiedza jakby epidemicznie wsród rekrutów pewne okolice kraju; np. u żołnierzy z ziemi Łomżyńskiej spotykaliśmy dotąd najliczniejsze przypadki udawania. Podobnie smutną sławą cieszą się również środowiska wielkomiejskie, jak Warszawa i Łódź. Słabą odpornością psychiczną tłómaczyć możemy również nierzadkie przypadki, że tak powiem, »psychicznej infekcji«, gdy najbliżsi sąsiedzi na salach szpitalnych zaczynają w ten sam sposób udawać, jak ich koledzy, bardziej i dawniej zdecydowani i doświadczeni (udawanie padaczki, napadów histerycznych, porażenia kończyn i td.). Już na zasadzie tych luźnych uwag łatwo wywnioskować możemy, że granica pomiędzy udawaniem, jako świadomem oszustwem, a udawaniem niezupełnie świadomem, lub zgoła nieświadomem, jest zatarta.

Wedle słów Charcot'a »należy głębiej patrzeć w istotę rzeczy i nie zapominać, że istnieją stany psychiczne, ujawniające potrzebę oszukiwania, lub udawania, — a cechy te należy uważać za część składową stanu niewątpliwie patologicznego«.

W samej rzeczy, chorzy żołnierze, obarczeni histerją lub zadumą, skutkiem pewnych zaburzeń psychicznych, lub chorobliwie zmienionego odczuwania, podają nam nieraz objawy chorobowe niezgodne z prawdą, aczkolwiek wiemy, że chorzy do tej samej kategorji należący udają nieraz zupełnie świadomie.

O tak zwanej »nerwicy kontuzyjnej«, będącej na porządku dziennym podczas działań wojennych, bądź skutkiem wybuchu pocisków, zasypania ziemią, przygniecenia i t. p., winniśmy szczególnie pamiętać, gdy mamy ochotę posądzać żołnierzy o udawanie. Z wyczerpującej bowiem najnowszej pracy Leri'ego o nerwicy urazowej dowiedzieć się możemy, jak liczne bywają zaburzenia fizyczne i psychiczne u żołnierzy skutkiem wstrząsu ośrodków mózgowych, inaczej: skutkiem wstrząsu psychicznego.

Przestudjowanie pracy Leri'ego jest szczególnie pożyteczne dla tych wojskowych lekarzy, którzy lubują się w wykrywaniu symulacji.

Ogólnie biorąc, w udawaniu żołnierzy wpływ sugestji i auto-sugestji jest olbrzymi. Dlaczego tak jest?

Wielka armja, jeżeli zasługuje na to miano, musi do pewnego stopnia niwelować wolę i jaźń jednostek, zbierać je w jedną całość i poddawać woli i jaźni nielicznych zwierzchników. U jednostek wyżej stojących duchowo dzieje się tak, że skutkiem idei i rozumnego patrjotyzmu świadomie oddają one znaczną część swej woli i jaźni na rzecz dowództwa. U ludzi zaś niższego gatunku — nieświadomie, skutkiem dyscypliny i tresury wojskowej, do tego stopnia, że zatracają nieraz całkiem swoją jaźń duchową i swą wolę; a wtedy, jak na białej karcie, na duszy i na czynach ich wszelka sugestja i auto-sugestja rysuje obrazy dowolne.

Mając na względzie, że za symulację uznać można tylko udawanie świadome, na zasadzie tego, co wyżej powiedziałem, winniśmy uznać zasadę, że wpierw należy pomyśleć, jak symulanta leczyć, a potem dopiero, czy i jak go karać.

W zwalczaniu zaś symulacji nicią przewodnią winno być przeświadczenie, że w zdrowem fizycznie i moralnie społeczeństwie, w zdrowej armji i w zdrowej rodzinie niema miejsca dla symulantów. Wiemy również, że żołnierze, a zwłaszcza na niskim poziomie duchowym stojący, najdotkliwiej odczuwają oderwanie ich od ich miejsc rodzinnych i od ich rodzin. Tęsknota za ich pierwobytem, t. zw. nostalgja, pochłania zwykle całą istotę młodego żołnierza, a stąd źródło udawania choroby, aby się zupełnie z wojska zwolnić, lub uzyskać czasową możność wyjechania do stron rodzinnych. Po tych uwagach łatwo wywnioskujemy, jakiemi środkami skutecznie zwalczać symulację: 1) Starać się jak najprędzej zorganizować społeczeństwo w duchu mocnej zdrowej państwowej jednolitości. 2) Szerzyć i umacniać w społeczeństwie pojęcie o zaszczytnem znaczeniu armji, której początek tkwi w każdej prywatnej rodzinie; a także poczucie obowiązku każdego Polaka, część swego życia poświęcić całkowicie sprawie dobra ogólnego, w armji mającego swój wyraz. 3) Tak tworzyć armję narodową, aby była ona jedną wielką rodziną, a zwłaszcza dbać o to, aby to życie rodzinne wojskowe miało jak największe zastosowanie w poszczególnych oddziałach. 4) Praca oświatowa i kulturalna, rozrywki godziwe muszą mieć rozległe zastosowanie w życiu polskiego żołnierza. 5) Dotkliwych braków w życiu codziennem żołnierza starannie unikać należy. 6) Nie skąpić żołnierzom urlopów dla odwiedzenia ich rodzin, a nawet przeciwnie, organizować systematyczne i kolejne urlopowanie żołnierzy.

Po tych ogólnych uwagach o udawaniu w wojsku dodam parę słów o klinicznych przejawach symulacji, jakie spotykałem dotychczas na oddziałach żołnierskich dla chorób wewnętrznych.

Udawanie miało na celu bądź zupełne zwolnienie się od wojska, bądź tylko uzyskanie zwolnienia od służby frontowej, bądź uzyskanie dłuższego urlopu, bądź w końcu chociażby odesłanie badanego przez lekarza oddziału do szpitala na krótki wypoczynek po trudach wojennych. Obowiązujące w Armji Polskiej przepisy były zwykle najważniejszą podstawą wyszukiwanych i następnie udawanych objawów chorobowych. Bywa i tak, że badany, wiedząc z poprzedniego badania lekarskiego o posiadanem przez siebie w chwili badania jakimś objawie chorobowym, egzageruje go i twierdzi, że stale go posiada.

A. Objawy ze strony serca są najczęstsze, przy pomocy których symulanci szukają bądź zwolnienia od wojska, bądź ulg rozmaitych. Bóle w okolicy sercowej (bóle w piersiach), kołatanie serca, nieprawidłowe jego bicie, duszność,

[1]) Solon z Aten oraz Brutus młodszy byli posądzani o udawanie. Symulantami byli podobno Odysseusz i Dawid.

łatwe męczenie się podczas marszu — oto, z czem zwykle najczęściej mamy do czynienia.

Pamiętać więc winniśmy, że w samej rzeczy niektóre objawy tak zwane »sercowe« mogą być sztucznie udawane, lub wywoływane:

a) tak zwany częstoskurcz serca (*tachycardia*). Wiemy wszyscy, że forsowne i częste ruchy oddechowe zwykle przyśpieszają czynność serca; jeżeli więc je wykonywać przed samem badaniem lekarskiem, to łatwo jest lekarza w błąd wprowadzić.

Według prof. Cybulskiego niektórzy posiadają zdolność dowolnego przyśpieszania ruchów sercowych (o 50 i więcej uderzeń na minutę), poruszając dowolnie ręką lub nogą, a więc, prawdopodobnie, wskutek wywoływania wyobrażenia tego przyśpieszenia; inni budzą w sobie wyobrażenie pewnych affektów, jak gniew lub radość. Znamienne jest, że osoby, dowolnie przyśpieszające ruchy swego serca, posiadają również zdolność wywoływania ruchów w takich mięśniach, które zwykle od woli nie zależą, jak mięśnie: czołowy, potylicowy i inne.

Jeżeli nadto uprzytomnimy sobie, że alkohol, nikotyna, kofeina (czarna kawa), atropina (skutkiem porażenia gałązek sercowych nerwu błędnego), azotyn-amylowy, muskaryna, podawana zbyt długo i nadmiernie, i wiele innych środków w dawkach odpowiednich zdolne są przyśpieszać ruchy serca, to zrozumiemy łatwo, dlaczego stwierdzony wśród poborowych i żołnierzy przejściowy lub nawet stały częstoskurcz serca winniśmy brać pod uwagę z największem zastrzeżeniem. W samej rzeczy, u badanych symulantów wykrywaliśmy nieraz w kieszeniach ubrania bądź całe garście ziarnek najlepszej kawy, bądź liście tytoniu, bądź resztki jednych i drugich na dziąsłach, języku i t. d.

b) Podług prof. Kowalewskiego zwolnienie ruchów sercowych również może być przez niektóre osoby dowolnie wywoływane. Nadto tętno rzadkie, często nierówne i nieregularne, może być skutkiem silnego zatrucia nikotyną, muskaryną, skutkiem nadmiernego podawania nawet leczniczych dawek naparstnicy (w następstwie znacznego podrażnienia ośrodka nerwu błędnego) i niektórych innych przetworów chemicznych.

c) Godnem jest jednak największego zastanowienia w praktyce wojskowo-lekarskiej tętno t. zw. niemiarowe (*pulsus arhythmicus*), znaczna bowiem ilość lekarzy uważa, że tak powiem, szablonowo stwierdzoną niemiarowość tętna, jako niezbity dowód zachorzenia bądź mięśnia sercowego, bądź przyrządów nerwowych serca, bądź jego naczyń krwionośnych, w samej zaś rzeczy sprawa ta przedstawia się nieco inaczej. Przedewszystkiem należy wnosić, że, skoro niektórzy mogą dowolnie zwiększać lub też zmniejszać ilość skurczów sercowych, to również mogą posiadać zdolność wywoływania sztucznej niemiarowości tętna. Wiemy następnie, że niektórzy doznają zaburzeń miarowości tętna po kilku filiżankach czarnej kawy, lub po paru papierosach. Ten sam skutek osiągnąć można zapomocą silnego zatrucia naparstnicą, muskaryną, alkoholem i t. d. Znamy również niemiarowość tętna t. zw. oddechową (*pulsus irregularis respiratorius*), to jest taką, kiedy przy głębokim wdechu tętno staje się nieco częstszem, przy wydechu zaś rzadszem. Ta odmiana niemiarowości u ludzi pobudliwych i nerwowych występuje nieraz wybitnie. Nawet tętno t. zw. paradoksalne, to jest takie, kiedy przy głębokim wdechu poszczególne fale krzywej tętnopisowej stają się mniejszemi, wzniesienia elastyczne mniej wyraźnemi, wzniesienia od fali zwrotnej zwiększają się, przy forsownem zaś wydechu występuje obraz odwrotny, może mieć miejsce u osób zdrowych po znacznych wysiłkach fizycznych (*pulsus pseudoparadoxus*).

d) Zdawać się może, że powiększenie wymiarów serca powinno być niezbitym dowodem jakiegoś zachorzenia lub zaburzenia stałego czynności krążenia krwi wogóle, lub jednego z jego poddziałów w szczególności (serce, naczynia, tętnice większe, tętnice mniejsze, układ żylny, naczynia włoskowate); zwłaszcza, gdy zostało ono stwierdzone ściśle roentgenograficznie, po wykluczeniu zachorzeń worka sercowego i jego najbliższych okolic. Pamiętać jednak winniśmy o fakcie niejednokrotnie klinicznie stwierdzonym, że u chorych nerwowo, lub psychicznie, podczas stanu psychicznego podniecenia udaje się stwierdzić nieraz rozszerzenie stłumienia sercowego na lewo ku sutkowi i nieco pozanim, a nadto samo uderzenie koniuszkowe staje się silniejszem i szerszem; to samo zdarzyć się może po nadmiernych ruchach cielesnych lub skutkiem nadmiernej pracy serca. Powiększenie obu połów serca spotykamy nadto nieraz u piwoszów, przy nadużyciach tytoniu i kawy, obok stale podniesionego ciśnienia wewnątrztętniczego. Powiększenie obu połów serca wykrywamy także czasami u niedokrwistych, a zwłaszcza u dotkniętych blednicą, bez głębszych zaburzeń na całym obszarze układu krążenia. Powiększenie to wymiarów serca, może być skutkiem zwiotczenia mięśnia sercowego, spowodowanego złem odżywianiem i przygnębiającemi warunkami moralnemi.

e) O tem, że szmery wewnątrzsercowe niezawsze stanowią o zachorzeniach ustrojowych serca, dowodzi obecność szmerów t. zw. czynnościowych i wrzekomych. Ważne jest twierdzenie Henschena, Friedreicha i innych, że szmery wrzekome mogą powstawać skutkiem zaburzeń unerwienia serca, w następstwie czego napięcie i czynność mięśni brodawkowych, mięśni pierścieniowych, okalających ujścia sercowe i klap sercowych nie odbywa się prawidłowo. Z powyższego wynika, że szmery sercowe czynnościowe i wrzekome, jako czysto czynnościowe, lub na tle zaburzeń unerwienia serca powstałe, mogą być łatwo wywoływane sztucznie zapomocą umyślnego przeforsowywania serca, skutkiem zadziałania niektórych leków t. zw. sercowych, jak nikotyna, kofeina, alkohol i inne. Lekarz wojskowy wiedzieć o tem powinien, aczkolwiek ściśle kliniczne powstawanie szmerów drogą zadziałania jadów sercowych dotąd nie zostało stwierdzone.

f) O duszności, bądź przedmiotowej, bądź podmiotowej, nie będziemy wiele mówili, duszność bowiem udawać względnie łatwo, obecność jednak sinicy powłok zewnętrznych i błon śluzowych usuwa wszelkie podejrzenie symulacji.

W praktyce wojskowo-lekarskiej, aby się ustrzec niesłusznego posądzania żołnierzy o udawanie, musimy mieć szczególnie w pamięci dwa stany chorobowe, a mianowicie: ostre i przewlekłe ścienne zapalenie wsierdzia (*endocarditis parietalis*) nie zastawkowe, i nadmierne przemęczenie i wyczerpanie mięśnia sercowego (*defatigatio*).

Powstawanie zapalenia wsierdzia łatwo sobie wytłumaczymy tem, że prawie stale u żołnierzy przemęczone serce łatwo ulega zakażeniu przy najlżejszych nawet stanach zakaźnych, jak grypa, woreczkowate zapalenie migdałków i wiele innych. Wogóle rzec można z wszelką pewnością, że w życiu każdego człowieka zapalenie wsierdzia częściej miewa miejsce, niż to rozpoznać możemy zapomocą naszych sposobów rozpoznawczych klinicznych. To też, gdy w klinice wojskowej mamy do czynienia z przewlekającym się stanem podgorączkowym, to, obok gruźlicy t. zw. »utajonej,« winniśmy zawsze mieć na widoku zapalenie wsierdzia. Często się zdarza, że to ostatnie długi czas się przejawia obok łatwego męczenia się bądź tylko zwiększoną ilością uderzeń sercowych, bądź przeciwnie — zmniejszoną. W dalszym przebiegu choroby zwykle nabieramy pewności rozpoznawczej na zasadzie ścisłej obserwacji, dokładnego badania ciepłoty ciała, tętna zapomocą tętnopisu, określania ciśnienia krwi i t. d.

Znacznie trudniejsze zadanie do rozwiązania miewamy, gdy przypuszczamy przemęczenie serca, tak często powstające skutkiem nadmiernych trudów wojennych. Rozpoznawanie rzeczywistej niedomogi sercowej jest ważne dla lekarza wojskowego, aby uchronić się od zgoła niesłusznego posądzania żołnierzy o symulację.

Pamiętać jednak winniśmy, że podawane do wewnątrz veratryna i *tartarus stibiatus* sprawić mogą objawy niedomogi sercowej. Skutkiem przemęczenia serca mogą być nader liczne objawy t. zw. sercowe, a więc: powiększenie wymiarów serca, szmery sercowe, tętno zbyt częste i zbyt rzadkie, tętno niemiarowe i t. d. W rozpoznawaniu posługiwać się należy wszystkiemi nam znanemi sposobami badania narządu krążenia krwi, a zwłaszcza badaniem tętna tętniczego

ludność nasza coraz chętniej udawała się do lekarzy o poradę, z drugiej strony miała coraz łatwiejszą sposobność leczenia się. I tak było w Galicji:

Z końcem 1873	lekarzy	751	tj. jeden na	7500 mieszk.
„ 1912	„	1593	„ „	5125 „

W latach dziewięćdziesiątych minionego stulecia wprowadzono w życie instytucję lekarzy okręgowych, przez co rozrzucono znaczną ilość lekarzy po kraju, przeważnie w okolicach, gdzie poprzednio lekarzy nie było. W r. 1873 było w kraju 24 szpitali powszechnych, w czterdzieści lat później 41. Wymienić należy także instytucję kas chorych, wprowadzoną na zasadzie ustawy państwowej z r. 1888. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat chorzy mieli coraz więcej ułatwioną pomoc lekarską i że z niej coraz częściej korzystali. Łatwy stąd wniosek, że coraz większa ilość raków za życia została rozpoznaną przez lekarzy, a następnie przez oglądaczy zwłok notowaną. Być może, że także ulepszone z biegiem lat metody badania przyczyniły się do wykrycia (rozpoznania) większej ilości raków. Wypada, zdaniem mojem, przyjąć, że z powyższej przyczyny zachodzi pozorne zwiększenie się raka, a więc, że przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z raka mamy podnoszenie się krzywej z powodu, że większa ilość takich zmarłych była zapisaną i przeszła do statystyki.

Istnieje dalej możliwość, że wskutek postępów pod względem kulturalnym, w szczególności higjenicznym, z biegiem lat coraz więcej osób dochodziło do wieku późniejszego, szczególniej podatnego dla raka, i że stąd wynika większa ilość raków kosztem innych chorób, względnie przyczyn śmierci. Istotnie tak jest. W pierwszym zeszycie ósmego tomu wydawnictwa centralnej Komisji statystycznej we Wiedniu pt. „*Oesterreichische Statistik, Neue Folge*“ z r. 1913, podniesiono, że od roku 1895 w krajach monarchji austrjackiej zmienił się stosunek przyczyn śmierci w ten sposób, że zmniejszyły się liczby zmarłych z chorób dziecięcych i wieku dojrzałego, natomiast wzrosły liczby zmarłych z chorób wieku późniejszego, jakoto z udaru mózgowego, chorób serca i raka. Idzie to w parze z objawem, że tak absolutnie, jak i stosunkowo, zmniejszyła się liczba zmarłych w młodości, powiększyła się zaś liczba zmarłych w wieku późniejszym; dotyczy to w szczególności także Galicji. Jeżeli przeciwstawimy grupę zmarłych w kraju w wieku powyżej 50 lat ogólnej liczbie zmarłych, to przekonamy się, że na 100 ogółem zmarłych było w wieku powyżej lat 50 w r. 1889 20,7, zaś w r. 1912 29,6, a wzrost ten jest z małemi wahaniami ciągły. Jeżeli obliczymy liczbę zmarłych w wieku powyżej lat 50 w stosunku do ludności kraju, to się pokaże, że na 100.000 mieszkańców zmierało osób tej kategorji w dziesięcioleciu 1893—1902 rocznie przeciętnie 649, zaś w dziesięcioleciu następnem 1903 - 1912 rocznie przeciętnie 655. Więc istotnie ilość osób zmierających w Galicji w wieku powyżej lat 50 uległa w ostatnich latach powiększeniu, a stąd rak, choroba właściwa wiekowi późniejszemu, częściej pojawiała się jako przyczyna śmierci. Według tego przypuszczenia nawet bez istotnego wzmożenia się choroby mielibyśmy więcej zmarłych z raka z powodu, że wśród żyjących było więcej osób, które dożyły wieku późniejszego.

Jakkolwiek z pewnością jakaś część zwiększonej liczby zmarłych z raka przypada na powyższe dwie przyczyny, to przecież zostaje jeszcze otwartą sprawa, dla nas najważniejsza, czy rak nie stał się względnie częstszym w poszczególnych klasach wieku, czy może na raka z biegiem lat nie zapadały coraz młodsze osoby. W takim dopiero razie mielibyśmy prawo mówić o istotnem wzmożeniu się raka. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy w dotychczasowej statystyce brak danych. W każdym razie dużo daje do myślenia fakt, że śmiertelność z raka w ostatnich latach wzrosła powszechnie w podobnym, a nawet większym stopniu, niż u nas, tak w krajach monarchji austrjackiej, jak i w innych pod względem kultury wysoko stojących krajach Europy, w których ani dokładniejsze rejestrowanie raka, ani lepsze rozpoznawanie tej choroby, a może także zwiększenie się liczby osób żyjących w wieku powyżej lat 50, nie wchodzi w rachubę w tak znacznym stopniu, jak u nas.

Przechodząc do szczegółów, chcę przedewszystkiem zwrócić uwagę na rozmieszczenie raka w różnych okolicach kraju. W tym celu zestawiłem śmiertelność stosunkową z raka na 100.000 mieszkańców według powiatów w dwóch dziesięcioleciach. Największa śmiertelność była:

	w latach 1885—1894:		
miasto	Kraków	—	156 z.[2])
„	Lwów	—	91 w.
powiat	Jasło	—	34 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Tarnów	—	31 z.
„	Stanisławów	—	30 w.
„	Biała	—	27 z.
„	Brody	—	25 w.
„	Sambor	—	25 w.
„	Sanok	—	25 p.
	w latach 1895—1904:		
miasto	Kraków	—	198 z.
„	Lwów	—	114 w.
powiat	Pilzno	—	39 z.
„	Biała	—	36 z.
„	Chrzanów	—	35 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Drohobycz	—	33 w.
„	Tarnów	—	33 z.
„	Brody	—	31 w.
„	Jasło	—	31 z.

Wysoka liczba obu stolic kraju tłómaczy się w pewnej części znaczniejszą liczbą obcych zmarłych w szpitalach i na klinikach, zresztą może także znaczniejszą ilością mieszkańców, zaliczających się do t. zw. inteligencji. Nawiasowo nadmieniam, że statystyka śmiertelności z nowotworów złośliwych w obu stolicach kraju stanowi wdzięczny, a dotychczas niewyzyskany, temat do oddzielnego opracowania. Tak w śmiertelności, którą wykazuje Kraków w stosunku do Lwowa, jak i w śmiertelności powiatów, okazuje się przewaga zachodniej części kraju, zamieszkałej przeważnie przez ludność polską; wysoką śmiertelność wykazują także powiaty Galicji wschodniej, w których obrębie znajdują się większe miasta, zamieszkałe w znacznej mierze przez Żydów, jak Brody, Drohobycz, Stanisławów. Można sądzić, że wchodzą tu w grę różnice rasowe, kwestja do której jeszcze wrócę.

Kraj nasz w stosunku do innych krajów monarchji austrjackiej wykazuje małą śmiertelność z raka. I tak liczba zmarłych (na 100.000 mieszkańców) w r. 1910 przedstawia się następująco:

Salcburg	145	Śląsk	63
Austrja górna	134	Pobrzeże	59
Austrja dolna	118	Kraina	46
Tyrol i Vorarlberg	114	Bukowina	45
Czechy	102	Galicja	33·5
Styrja	96	Dalmacja	28
Morawy	92	Monarchja austr.	78
Karyntja	81		

Podobne liczby, aczkolwiek nieco niższe, podaje Prinzing z lat 1896 do 1900.

Również wielka różnica na korzyść Galicji zachodzi w stosunku do niektórych innych państw europejskich. Wedle *Statistique de la France* liczba powyższa w tymsamym roku (1910) była: w Szwajcarji 123, Holandji 106, Anglji 97, Niemczech 88, Francji 79, Włoszech 65, Belgji 63, Hiszpanji 60. Interesująca jest statystyka śmiertelności z raka w Państwie niemieckiem z lat 1905—1907, którą podaje Prinzing. Na 100.000 żyjących zmarło: w Westfalji 49·4, w Poznańskiem 51·2, na Śląsku 53·6, w Prusiech zachodnich 56·0, w Prusiech wschodnich 56·3. Wszystkie inne rejencje wykazują wyższe liczby, aż do 130·5 (Szwabja w Bawarji), 124·3 (Konstancja w Badenii), 119·3 (Oberbayern). Liczba dla całego państwa niemieckiego wynosi 74·2. Prinzing twierdzi, że niskie liczby polegają prawdopodobnie na małej ilości lekarzy w odnośnych krajach i na niedostatecznem sprawdzaniu przyczyn śmierci. Na twierdzenie to nie można się zgodzić bez zastrzeżeń. Natomiast uderzające jest, że okolice, zamieszkałe w znacznej mierze przez ludność słowiańską, bez wyjątku wykazały niskie liczby śmiertelności.

---

[2]) z. oznacza Galicję zachodnią, w. wschodnią, p. powiaty leżące na pograniczu Galicji zachodniej i wschodniej.

i żylnego zapomocą tętnopisu, badaniem ciśnienia krwi, a także badaniem czynności serca, poddając badanego próbom z ostrożnie dozowaną pracą mięśniową.

W tym celu ciężko chorym zalecamy kilkakrotne podnoszenie się na łóżku, lżejszym zaś nieco szybsze chodzenie lub bieganie. W ten sposób ustalamy naocznie, czy i kiedy powstaje duszność, złe samopoczucie, łatwe pocenie się, zmiana rysów twarzy, zmiany w cechach tętna, zmiany w tonach sercowych, warunki powstawania szmerów i t. p. Nieraz w rozpoznawaniu niedomogi mięśnia sercowego posługiwałem się z wielką korzyścią poszukiwaniem odruchu A b r a m s a. Odruch ów polega na tem, że u ludzi zdrowych, po kilkakrotnych uderzeniach palcami kiści w okolicę sercową, serce się kurczy, górna jego granica widocznie przesuwa się ku dołowi (o jedną czwartą rozległości stłumienia sercowego) a lewa, ku wewnątrz. Brak powyższego odruchu świadczy o niedomodze sercowej czynnościowej, a także na tle zmian ustrojowych w sercu powstałej.

Najlepszą jednak metodą i najbardziej rzeczową ku rozpoznawaniu niedomogi sercowej jest elektro-cardjografja (*Hering*), nie mogłem jednak nią się posługiwać z powodu braku odpowiednich przyrządów. Obserwacja dłuższa zwykle rozstrzyga, czy mamy do czynienia z rzeczywistą niedomogą sercową, na tle trudów wojennych powstałą, czy też z udawaną. Gdy bowiem, w miarę dłuższego wypoczynku, objawy sercowe łagodnieją, a badany coraz lepiej się czuje, wierzymy zwykle chętnie jego poprzednim skargom; gdy zaś skargi badanego i objawy chorobowe nie ustają, myśl lekarza coraz bardziej skierowuje się ku symulacji.

B. Systematyczne przez dłuższy czas s z t u c z n e w y w o ł y w a n i e w y m i o t ó w zdarza się nierzadko, a zwłaszcza u żołnierzy rasy semickiej, którzy nieraz doprowadzają siebie do ogromnego wyniszczenia. Gdy po dokładnem i wszechstronnem zbadaniu wykluczymy wszystkie, że tak powiem, materjalne przyczyny wymiotów, których jest niesłychana mnogość i których wyliczać tu nie będziemy, musimy myśleć o wymiotach sztucznie wywoływanych, oraz o tak zwanych wymiotach nerwowych. Sztucznie wywoływane wymioty mogą mieć miejsce przedewszystkiem na drodze odruchu psychicznego, t. j. zapomocą wywoływania wyobrażenia niektórych przykrych co do smaku, lub zapachu środków. Następnie wiemy przecie wszyscy, że wymioty można wywoływać, drażniąc gardziel palcem, wreszcie zapomocą licznych przyjmowanych do wewnątrz środków wymiotnych (korzeń wymiotnicy, siarczan miedzi, winnik wymiotny) — te ostatnie niestety nie tak łatwo wykryć we wymiocinach. Co się zaś tyczy wymiotów »nerwowych«, to musimy tu uwzględniać przedewszystkiem wstrząs mózgu, migrenę, neurastenię, a zwłaszcza histerję, nerwicę urazową, t. zw. »*crises gastriques*« w przebiegu wiądu rdzenia, wymioty w okresie wstępnym rozsianego zapalenia nerwów i inne.

Gdy uprzytomnimy sobie, z jaką łatwością niektórzy wymiotują przy najlżejszych, nawet niedających się wykazać zaburzeniach żołądkowych, a następnie tę okoliczność, że wymioty nieraz znacznie wyprzedzają pojawienie się pierwszych oznak poważnych cierpień ośrodkowego układu nerwowego (kiła, guzy mózgowe), w końcu tak liczne i wielostronne przyczyny wymiotów, stanie się wtedy jasnem, dlaczego sztuczne wywoływanie wymiotów należy rozpoznawać z największą ostrożnością. Aby zwalczyć niesłychany nieraz upór symulantów w wywoływaniu wymiotów, celowem bywa stosować codziennie badanemu przepłukiwanie żołądka większą ilością płynu — aż mu się udawanie sprzykrzy. Również praktycznem bywa, dać symulantowi kilkotygodniowy urlop do rodziny. Tam bowiem szkoda mu bywa wyrzucać zjadanych smakołyków i samo przez się udawanie ustaje.

C. S z t u c z n e w y w o ł y w a n i e k r w o t o k ó w p ł u c n y c h.

W tym celu symulanci dodają do plwociny karminu, proszku rad. irid. florentinae, nacinają sobie dziąsła, ranią (zdrapują) w nosie, pod językiem, w gardzieli, wysysają zawartość zranionej jamy ustnej i gardzielowej i t. d.

Gdy mamy do czynienia z krwotokami płucnemi, przedewszystkiem, naturalnie, winniśmy mieć na względzie rozpoczynającą się gruźlicę płucną. Wiemy, jak trudno nieraz bywa rozpoznać tę ostatnią w początkujących jej okresach. Pomimo to jednak, gdy najszczegółowsze zbadanie płuc, plwociny oraz stanu ogólnego nie daje nam punktów oparcia dla gruźlicy, winniśmy w praktyce wojskowo-lekarskiej w każdym przypadku krwioplucia myśleć o sztucznem wywoływaniu tego ostatniego, a więc starannie i wielokrotnie badać nos, jamę ustną i gardzielową oraz skrzętnie plwocinę na zawartość krwi.

Praktycznie jest bardzo w każdym przypadku krwioplucia zapomocą wziernika oglądać krtań i struny głosowe; w razie bowiem istotnego krwioplucia płucnego resztki krwi mogą być widzialne na strunach głosowych lub poniżej.

D. S z t u c z n ą m o c z ó w k ę c u k r o w ą wytworzyć względnie łatwo, a mianowicie cukromocz powstać może skutkiem nadmiernego spożycia cukru (*glycosuria alimentaria*), skutkiem podania do wewnątrz florydzyny, adrenaliny, a nawet, podług N o t h n a g l a i R o s s b a c h a, azotynu amylowego. Symulanci wprowadzają nawet czasami kawałeczki cukru gronowego do cewki, lub zapomocą zgłębnika do pęcherza moczowego. Kilkakrotne w rozmaitych porach dnia badania moczu, a zwłaszcza po przemyciu pęcherza obojętnym rozczynem i przy ścisłej obserwacji badanego, zwykle łatwo kwestję rostrzygają. Również celowem bywa zbadanie moczu, wziętego bezpośrednio z moczowodów.

E. Ż ó ł t a c z k a s z t u c z n a powstać może bądź skutkiem podawania do wewnątrz kwasu pikrynowego, bądź weratryny (0·001—0·01 g): obok żółtaczki ma miejsce zwykle przytem i powiększenie wątroby. Wykryć kwas pikrynowy w moczu można, jak następuje: 1) rozczyn cukru z dodatkiem ługu potasowego lub ługu sodowego w obecności kwasu pikrynowego przy nagrzewaniu daje zabarwienie ciemno-czerwone; 2) rozczyn $^{1}/_{5000}$ siarczanu miedzi w amonjaku, przy obecności kwasu pikrynowego daje zabarwienie zielone. Ważnem jest nadto, że kwas pikrynowy nie barwi moczu na kolor ciemno-żółty lub brunatny, jak to bywa w żółtaczce, a przeciwnie mocz pozostaje barwy zwykłej.

F. S z t u c z n e n i e ż y t y o s k r z e l i — symulanci wdechają amoniak, chlor, kwas siarczany, mieszaninę kwasu siarczanego z chlorkiem wapnia i t. p. Poznać to można nieraz, oglądając jamę nosową, gardzielową, oraz wąchając wydechane powietrze, lub robiąc szczegółową rewizję około łóżka badanego.

G. B l a d o ś ć t w a r z y symulanci wytwarzają przyjmując do wewnątrz kredę, ocet, lub wkładając do odbytu czosnek (powstaje bladość twarzy, szum w uszach, ciśnienie w dołku, chęć do wymiotów).

H. Rozpoznawanie tak często u d a w a n e j p a d a c z k i s a m o i s t n e j należy do działu neuropatologji.

K. O u d a w a n e m g ł u p t a c t w i e zaznaczę tylko pobieżnie, że prawie zawsze głuptactwo udają istotnie mniej lub więcej głupkowaci, przez swoje niemądre otoczenie domowe do udawania namówieni.

L. S z t u c z n e w y w o ł y w a n i e p o d n i e s i o n e j c i e p ł o t y c i a ł a dla udawania stanu gorączkowego jest względnie częste. W tym celu pociera się ciepłomierz nieznacznemi ruchami pachy, naciera się pachę jodyną, roztartemi ziarnkami gorczycy, pieprzu i t. p.

Wreszcie pod kołdrą nagrzewa się ciepłomierz zapaloną zapałką. Ścisłe spostrzeganie chorych odnośnych oraz oglądanie okolic pachowych nieraz bywa nader pożytecznem w wykrywaniu podobnych szacherek.

Naturalnie powyższemi uwagami wcale nie wyczerpałem kazuistyki udawania, przytoczyłem tylko te najważniejsze sposoby symulacji, z któremi się już sam zaznajomiłem w praktyce wojskowo-lekarskiej.

Na zakończenie jednak dodać muszę, że w naszem wojsku złośliwych i upartych symulantów jest względnie bardzo mało, z wyjątkiem żydów, z których prawie każdy udaje, jeżeli nie jest naprawdę chory. W przybliżeniu ilość symulantów wśród chrześcjan obliczyć mogę najwyżej na 5%.

Względnie często symulują Niemcy na terenach Rzeczpospolitej zamieszkali, i przyznać należy, że symulacja tych ostatnich, płynąca nieraz z głębokich pobudek niemieckiego patrjotyzmu, jest bardzo stanowcza i uparta.

Ujawnieni bowiem symulanci nieraz oświadczali, że oni nie mogą służyć w wojsku Polskiem, które wkrótce np. na Górnym Śląsku może walczyć z Niemcami.

Michał Poray Gedroyć, st. asystent Akad. Wet. Lwów.

Pierwotniaki, jako czynnik uodporniający przeciwko chorobom zakaźnym.

Tymczasowe doniesienie.

(Z Zakładu Zoologji Akad. Weter. we Lwowie — Dyrektor Prof. Dr Ludwik Jaxa Bykowski).

Wychodząc z założenia, że niektóre wolno żyjące organizmy pierwotniacze są »bakterjofagami« w ścisłem tego słowa znaczeniu, że dalej w warunkach sztucznych ilość i rodzaj bakteryj, użytych do karmienia pierwotniaków możemy wedle woli zmieniać, opierając się wreszcie na tem, że białka, względnie toksyny tych bakteryj nie wywierają (widocznego przynajmniej) wpływu na te organizmy, postanowiłem spróbować, czy ciała obronne, wytwarzane przez organizmy pierwotniacze (a istnienie ich musimy u nich *a priori* przypuścić) przeciwko toksynom bakteryjnym, nie będą miały pewnego znaczenia i dla bakterjoterapji. Jako materjał do doświadczeń posłużył mi na razie gatunek wolnożyjącego pierwotniaka Paramecium aurelia z jednej strony, z drugiej zaś virus fix wścieklizny; doświadczenia te przeprowadzałem na królikach.

Doświadczenia przeprowadzone dotychczas przezemnie na trzydziestukilku królikach wykazały, że już jednorazowe wstrzyknięcie podoponowe odpowiednio przygotowanej hodowli P. aur.+virus fix (P. aur albo karmione przez pewien czas zawiesiną virus fix, lub zawiesina P. aur+zawiesina virus fix, filtrat 1—100, przez stosownie długi czas trzymane w cieplarce w stałej ciepłocie), wystarcza już, ażeby nastąpiło uodpornienie tak, że następne wstrzyknięcie, składające się z P. aur. (świeżych) + virus fix czysty, które wywołuje zawsze wściekliznę u królika, który nie otrzymał pierwszego wstrzyknięcia, w przypadku z królikiem uodpornionym pierwszem wstrzyknięciem daje wynik zawsze ujemny. Dalej prowadzone badania wykażą, jak mam nadzieję, czas trwania i siłę uodpornienia, względnie praktyczne znaczenie tych zabiegów doświadczalnych.

Drugim, nie mniej ciekawym faktem jest ten, że, o ile hodowla P. aur.+virus fix znajdowała się np. przez dłuższy czas ($12-24^h$) w ciepłocie 31^0 lub 37^0, rozwijały się w niej w wielkich ilościach bakterje przypadkowe (symbionty? pierwotniacze) przyrody nader jadowitej, gdyż po wstrzyknięciu takiej hodowli pod oponę twardą królik ginął bez wyjątku w przeciągu $8-24^h$. Jeżeli jednakże do tak przygotowanej hodowli dodano bezpośrednio przed wstrzyknięciem zawiesiny ze świeżych P. aur. lub też na pewien czas przed wstrzyknięciem żywych P. aur., toksyny tych bakteryj były zawsze unieszkodliwiane. Szczegółowe badania nad charakterem tych bakteryj, (jak dotychczas zdołałem stwierdzić, są to laseczniki i ziarniaki), jak również nad znaczeniem pierwotniaków dla ich zwalczania i im pokrewnych są w toku.

Doc. Dr. K. Brudzewski. Kraków.

O okularach staroświeckich i nowoczesnych.

(Dokończenie).

Już w roku 1804 angielski lekarz Wollaston zauważył że obrazek soczewki, wtedy jest dobry przy szerokiej przeponie (blendzie) jeżeli soczewka jest wygięta (*meniscus*, nazwa wprowadzona przez Keplera) i stosował takie soczewki najpierw jako objektywy dla ciemni (*camera obscura)*, a później jako szkła okularowe. Lecz wynalazek ten nie zwrócił ogólnej uwagi optyków i poszedł w zapomnienie. Dopiero w ostatnich czasach (przed 20 laty) okazało się, że można zupełnie dokładnie rachunkiem naprzód oznaczyć, jakie soczewka ma mieć krzywizny, aby była bez błędów. Wprawdzie i wtedy rachunek dowiódł, że wszystkie błędy soczewek nie dadzą się dla bardzo skośnie padających promieni (wyżej 35 stopni nachylenia) doszczętnie usunąć. Oko, które wprawdzie może się zwrócić o 45 stopni w bok, zazwyczaj nie odchyla się więcej od położenia środkowego, niż 25 stopni co odpowiada punktowi szkła, oddalonemu od środka około 13 mm (szkło okularowe ma zwykle do 38 mm średnicy); a jeżeli przedmiot leży więcej obwodowo, to już występuje ruch głowy w jego kierunku, i oko znowu spogląda przez środek okularów. Więc też usunięcie błędów dla przestrzeni soczewki, nie więcej oddalonej od środka, niż 15 mm, jest zupełnie wystarczające, aby szkło uważać można za bardzo dobre. To zadanie, jaki kształt powinny mieć dobre szkła okularowe, rozwiązał Tscherning, okulista i dyrektor pracowni oftalmologicznej w Sorbonie w roku 1899., wprowadzając, jako podstawę dla konstrukcji soczewek, zasadę punktu obrocia oka. Już wyżej wspomniano, że oko, patrząc, ciągle się rusza, gdyż tylko maleńką część przestrzeni widzi istotnie wyraźnie, to jest tę, której obrazek pada na plamkę żółtą. Gdy jakaś inna część przestrzeni zwróci jego uwagę, to w tej chwili oko na nią swą plamkę żółtą nastawia, bo obwód siatkówki, nawet gdyby padające nań obrazki były jak najdoskonalsze, ma, jak wiadomo, znacznie niższą bystrość wzroku. I gdy oko się w ten sposób porusza, to obraca się stale około nieruchomego idealnego punktu, który nazywa się obrociem oka (*point de rotation*, Ryc. 2. e). Leży on wewnątrz oka, między siatkówką a rogówką, oddalony od źrenicy 10 mm, a od rogówki 13 mm. Źrenica także ciągle zmienia swe położenie; a to przesuwanie się tej przepony, którą jest źrenica, niesłychanie utrudnia obliczenie kształtu szkła. Ale, ponieważ punkt obrocia jest nieruchomy, więc wiązka promieni światła, która wpada przez źrenicę do oka i idzie do plamki żółtej, przechodzi zawsze albo przez obrocie albo bardzo blisko niego. Możemy zatem zamienić przeponę ruchomą (źrenicę) na nieruchomą (idealną), położoną właśnie w obrociu, a nic się przez to w przebiegu promieni idących do plamki żółtej nie zmieni, bo obrazek, który tworzą promienie do plamki biegnące, jest to właśnie ten, który daje soczewka okularowa wraz z przeponą, umieszczoną w obrociu. I jeżeli ten obrazek, utworzony przez promienie padające skośnie na soczewkę będzie dobry, to zadanie co do kształtu dobrych okularów jest rozwiązane. Ponieważ astygmatyzm jest najwybitniejszym błędem szkieł dotychczasowych okularów, a stopień jego zależy przedewszystkiem od skośnego padania światła na soczewkę, więc przy tem, tak dalekiem ustawieniu przepony od soczewki, tj. w obrociu — (szkło stoi oddalone od oka 15 mm, a od obrocia 28 mm) można będzie usunąć astygmatyzm wtedy, gdy soczewki będą tak szlifowane, aby środki ich krzywizn leżały w pobliżu przepony, t. j. obrocia: muszą to zatem być meniski, wklęsłością zwrócone ku oku. Wtedy promienie światła, idące z obwodowych części pola widzenia, padną na menisk w przybliżeniu prostopadle, a tem samem błędy wywołane skośnem padaniem światła, tj. astygmatyzm i dystorsja oraz skrzywienie płaszczyzny obrazka, znikną.

Wychodząc z tego właśnie założenia obliczył Tscherning kształt takich soczewek okularowych. Mając cały szereg danych wiadomych, jak: odległość przedmiotu, z którego ma być utworzony obrazek, siłę osiową czyli numer soczewki, położenie obrazka przez części osiowe soczewki wytworzonego, odległość szkła od źrenicy i od obrocia, współczynnik załamania szkła i i., miał do obliczenia dwie niewiadome, tj. promienie obu krzywizn soczewki. I zaraz, już przy obliczeniach próbnych, pokazało się, że zadanie to da się rozwiązać za pomocą zrównań drugiego stopnia, A ponieważ te zrównania dają zawsze dwa wyniki, więc Tscherning otrzymał istotnie dwa szeregi szkieł, z których jeden przedstawiał meniski słabo wygięte bez astygmatyzmu, ale ze śladami dystorsji (fig. 2, V), a drugi meniski, silniej wygięte, również bez astygmatyzmu, ale i bez dystorsji. (fig. 2. VI.). Tscherning nazwał pierwsze anastygmatami A, a drugie anastygmatami B. Jednakże te szkła anastygmatyczne są realne tylko w granicach od + 7 D do — 21 D, poza temi granicami obliczenia dają wartości urojone. Ponieważ jednakże ze względu na afakję pooperacyjną potrzeba szkieł silniejszych, niż + 7 D, więc Tscherning obliczył jeszcze w podobny sposób szereg szkieł od + 7 do + 14 D, które, choć nie są bez astygma-

tyzmu, mają błąd tak nieznaczny, że zawsze jeszcze w porównaniu z innemi szkłami są znakomite. Rycina 2 przedstawia przekroje tych szkieł. Nr. V jest to anastygmat A, Nr. VI anastygmat B. Oba o sile osiowej 6 dioptrij. Nr. VII przedstawia szkło Tscherninga ortoskopijne, które nie ma żadnych błędów; ponieważ jednak działanie szkła Nr. VI bardzo się zbliża do Nr. VII, więc Tscherning nazwał już anastygmat B (Nr. VI) ortoskopem. I te szkła tak muszą być przed okiem ustawione (nie dalej jak 15 mm od rogówki), jak to rycina 2 przedstawia, tj. wklęsłością ku oku.

Na międzynarodowym zjeździe okulistów w Utrechcie w r. 1899, na którym przedstawił i objaśnił Tscherning swe zasady konstrukcji szkieł i wyniki obliczeń, był obecny i Gullstrand, sławny okulista i optyk, profesor w Upsali, ale, jak to ze sprawozdań posiedzeń zjazdu widzieć można, w tej sprawie wcale głosu nie zabierał. Jednakże w roku 1903 pojawiła się soczewka kombinacyjna, pod nazwą »Verrant«, wykonana w fabryce Zeissa w Jenie z polecenia Gullstranda, przeznaczona do oglądania fotografij, które, mimo że są płaskie, dają, oglądane przez »Verrant«, znakomite poczucie przestrzeni. Soczewki były już budowane na zasadach Tscherninga. Zamawiając je, Gullstrand musiał objaśnić Zeissa o zasadzie obrocia i o wynikach Tscherninga. Gdy bowiem wkrótce potem paryska firma Benoit i Berthiot zaczęła wyrabiać z polecenia Tcherninga jego ortoskopy, pojawiły się na rynku kupieckim w Niemczech soczewki Jenajskie, także meniski pod nazwą szkieł »p u n k t a l n y c h«, które Zeiss reklamował, że są robione na zasadach, podanych przez Gullstranda. Jednakże te szkła punktalne są i d e n t y c z n e ze szkłami Tcherninga i to z anastygmatami A. (Ryc. 2, V) są zatem tą gorszą, ale zato mniej wygiętą formą, którą obliczył Tscherning. Różnią się tem, że nie są obliczone na odległość od punktu obrocia 28 mm, ale tylko 25 mm, co daje tę korzyść, że można jeszcze otrzymać realne wartości między + $7^3/_4$ D a — 24 D, a prócz tego, że do obliczenia wprowadzono istotną grubość osiową szkła, czynnik, który ma jednakże znaczenie tylko dla soczewek zbierających światło. (Tscherning obliczenia swe robił dla soczewek idealnych; ale mimo to szkła robione podług tych obliczeń dają znakomite obrazki). Zeiss bowiem, mając wielkie doświadczenie techniczne, zaraz spostrzegł, że wyrób szkieł mniej wygiętych będzie technicznie o wiele łatwiejszy, a przeto nie będą one tak drogie, a pozbawione zupełnie astygmatyzmu są przecież, mimo śladów dystorsji, którą posiadają, doskonałe i przewyższają niesłychanie swą dobrocią szkła dwuwypukłe i dwuwklęsłe. Mając już sławę światową, jako fabrykant znakomitych mikroskopów i soczewek fotograficznych, mając filje rozsypane po całej Europie do dyspozycji, doświadczenie i reklamę kupiecką, której istotnie nie żałował, bardzo szybko potrafił Zeiss rozpowszechnić a n a s t y g m a t y A, p o d n a z w ą s z k i e ł J e n a j s k i c h p u n k t a l n y c h. Szkła ortoskopijne paryskie (Ryc. 2, VI i VII), znacznie droższe i ze względów kosmetycznych niewygodniejsze, nie znalazły tego popytu, na który istotnie zasługują, jako najidealniejsze okulary, jakie dziś istnieją. Zeiss, oprócz tych anastygmatów sferycznych, zaczął wyrabiać, na tej samej zasadzie, szkła kombinowane toryczne, przeznaczone dla poprawy a s t y g m a t y z m u oka. Szkła te nie mają własnego szkodliwego astygmatyzmu, a mają tylko tę różnicę refrakcji w różnych południkach, (zatem astygmatyzm), jaka jest wymagana w danym wypadku dla poprawy astygmatyzmu oka; są zatem także w przybliżeniu ortoskopijne, powinnyby więc mieć miano »astygmatyczne anastygmaty«. Ta nazwa byłaby nonsensem, więc Gullstrand zaproponował nazwę szkieł »punktalnych« dla jednych i drugich menisków, gdyż istotnie szkła te odtwarzają z przedmiotu punktalnego obrazek punktalny. Nieraz już się zdarzało w historji wynalazków, że całą sławę i zyski wynalazku zgarniał nie wynalazca, ale fabrykant; to się powtórzyło i tutaj. Ale mimo to wszystkie soczewki anastygmatyczne, powstawszy w Sorbonie, są wynalazkiem francuskim a nie Jenajskim. Jeżeli szkła punktalne nie stoją dokładnie w odległości 12 mm przed rogówką, to zaraz zjawia się astygmatyzm, nieznaczny, ale przecież psujący obrazki; tak samo zjawia się on, gdy te szkła, przeznaczone dla patrzenia w dal, użyć do czytania. To też Tscherning obliczył szeregi szkieł anastygmatów dla odległości 33 ctm, przyczem pokazało się, że anastygmat A, to jest szkło punktalne, musi być nieco mniej wygięte, aby i z tej odległości dawało doskonałe obrazki. Ortoskopy nie są na te zmiany wrażliwe i mogą być użyte do obu celów. Nabywając zatem szkła punktalne należy pamiętać, że powinny być inne do czytania, a inne do patrzenia w dal, jeżeli mają być doskonałe. Soczewki te nadają się szczególnie dla lekarzy, którzy, używając wzierników czołowych albo z innych przyczyn, są zmuszeni nachylać głowę i patrzeć s k o ś n i e przez szkła, aby wogóle badane miejsce zobaczyć. W tych razach anastygmaty, dając dobre obrazki swym obwodem, oddają nieocenione usługi. Wszystkie inne, obecnie tak zalecane szkła okularowe, jak neoperphe, rectawist, isokristar itp., są tylko nieznacznemi odmianami anastygmatów Tscherninga, a nazwy ich markami ochronnemi lub reklamowemi poszczególnych fabryk.

* * *

Ponieważ te szkła reformowane są dzisiaj bardzo drogie i dostępne tylko sferom zamożnym, więc zachodzi pytanie, czy nie ma jakich innych okularów, pośrednich pomiędzy dawnemi szkłami dwuwypukłemi i dwuwklęsłemi, a anastygmatami, któreby były znacznie lepsze od szkieł dawnych, zbliżały się dobrocią do anastygmatów i punktalnych, a były znacznie tańsze. I istotnie istnieją takie szkła, u nas dotychczas mało, więcej w Ameryce używane, także meniski i w dwu odmianach: Jedne, mało wygięte, tz. periskopy (Ryc 2 III), drugie więcej wygięte, tz. półmuszlowe (Ryc. 2, IV.). Różnią się co do budowy od anastygmatów tem, że tak periskopy, jak półmuszlowe, mają dla w s z y s t k i c h numerów, tak zbierających, jak rozpraszających światła, z a w s z e j e d n ą k r z y w i z n ę s t a ł ą. Szkła periskopy zbierające (+) mają krzywiznę zwróconą do oka, wklęsłą, o promieniu — 416 mm (1,25 dioptrij), a tylko zbierająca przednia jest zmienna od numeru do numeru; zaś rozpraszające periskopy (—) mają powierzchnię od oka odwróconą, zewnętrzną, zawsze wypukłą i także o promieniu 416 mm, a tylko powierzchnia zwrócona do oka, wklęsła, zmienia się od numeru do numeru, stając się w miarę coraz silniejszych numerów rozpraszających coraz bardziej wklęsłą. Na tej samej zasadzie opierają się szkła półmuszlowe, których stała krzywizna, umieszczona w ten sam sposób, jak u poprzednich, posiada promień 86 mm (6 dioptrij). Szkło Tscherninga i punktalne zmienia stale o b i e krzywizny od numeru do numeru, przyczem zawsze soczewki zbierające mają silniejszą krzywiznę wypukłą, zewnętrzną, soczewki rozpraszające silniejszą wklęsłą, ku oku zwróconą. Jako przykład: A n a s t y g m a t A czyli soczewka p u n k t a l n a + 7 dioptryj ma przednią powierzchnię o sile + 16,75 D, tylną, t. j. do oka zwróconą — 9,75 D, a soczewka — 15 D punktalna ma przednią powierzchnię wypukłą o sile łamiącej + 0,5 D, tylną wklęsłą o sile — 15,5 D. A n a s t y g m a t y B: soczewka + 1 D ma powierzchnię przednią o sile + 18,5 D i tylną —17,5 D, soczewka — 15 D ma przednią powierzchnię o sile + 11, D tylną o sile — 26 D. I niema dotychczas żadnego wzoru, któryby pozwolił w krótkiej drodze z siły soczewki punktalnej oznaczyć kształt jej krzywizn. Dla szkieł periskopów i półmuszlowych to jest bardzo proste. Oko prawidłowe posiada zazwyczaj nieco astygmatyzmu, który, o ile nie przekracza 0,25 d i o p t r i j, nie obniża bystrości i nie potrzebuje być poprawianymi cylindrami. Jeżeli zatem szkło okularowe okaże na obwodzie astygmatyzm m n i e j s z y, niż 0,25 dioptrij, to można je uważać za bardzo dobre. Otóż periskopy rozpraszające (—) od Nr. najniższych do najwyższych (— 1 D do — 20 D) posiadają astygmatyzm, ale właśnie niższy, niż 0,25 D, a meniski półmuszlowe także niższy, niż 0, 25 D od Nr. + 10 D do — 10 D; gdy zatem chodzi o zastosowanie dobrego także, a znacznie tańszego szkła, niż punktalne, można dla dalekowidzów zapisywać szkła półmuszlowe, a dla krótkowidzów periskopy, obydwa o całe niebo lepsze, niż szkła dawne, które właściwie powinny, jako szkła okularowe, zniknąć z handlu raz na zawsze.

Jednakże myliłby się ten, ktoby sądził, że te nowe okulary podniosą jeszcze bystrość wzroku centralną, którą za pomocą szkieł dawnych doprowadzić było można do $^6/_6$. I z pomocą anastygmatów bystrość wzroku centralna lepszą

nie będzie. Dobroć ich polega jedynie na tem, że oko, patrząc przez szkło skośnie, widzi równie dobrze, jak środkiem szkła. Może zatem wyzyskać w całej pełni swą naturalną ruchliwość, która jest tak potrzebną częścią składową sprawności tego narządu. Na to dawne szkła nie pozwalały.

Zasadę Tscherninga wprowadzono do konstrukcji innych szkieł okularowych, jak kombinowanych z pryzmatami, kombinowanych z cylindrami, dla szkieł dwuogniskowych (t. zw. Franklinowskich) itd. i także otrzymano wyborne szkła, tak iż dzisiaj dobroć szkieł okularowych dochodzi do granic, które już trudno będzie dalej posunąć. Ale, aby dojść od prymitywnych szkieł z Murano do dzisiejszych anastygmatów, na to potrzeba było czasu sześciu wieków.

Piśmiennictwo.

1. Bock. Brille u. ihre Geschichte, Wien 1903. — 2. Boegehold. Einige Bemerk. zur weiss. Rechn. Zeitschr. f. opht. Optik. 1920. — 3. Tenże. Einige Bemerk. z. Aufsatze Rönnes. Klin. Monbl. f. Aughk. 1917. — 4. Greft. Anfänge der eigentl. Brille. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 5. Tenże. Erfindung der Augengläser. Berlin 1921. — 6. Henker. Ursach. d. Misserfolge durchgebog. Brill. Zeitschr. f. opht. Optik. 1917. — 7. Tenże Ordnung d. Brill. nach Scheitelrefrakt. Zeitschr. f. opht. Optik 1915. — 8. Hertel. Zur Praxis der anastigm. Stargl. Heidelb. Bericht. 1908. — 9. Hallauer. Ueber neue Brillenoptik. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914 — 10. Heine. Ueber Körperlichsehen im Doppelverrant. Klin. Mon. f Aughk. 1905. — 11. Oppenheimer. Theorie u. Praxis d. Brille. Berlin 1904. — 12. Ostwald. Ueber periskop. Gläser. Graef. Archiv, 1898. — 13. Pergens. Ueber alte Brillen. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 14. Rohr. Leistung d. corrig. Brille. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 15. Tenże Brille als opt. Instrument. Graefe-Saemisch II. Aufl. Anhang. — 16. Tenże. The verrant. Photogr. Journal 1903. — 17. Tenże. Theorie u. Geschichte des photogr. Objectivs. Berlin 1899. — 18. Tenże, Theorie u. anastigmat. Starbrill. Heidelb. Bericht. 1908. — 19. Tenże. Gullstrands Starbrill., Heidelberg. Bericht. 1911. — 20. Raeder. Optische Mängel d. Brillengl. Klin. Mon. f. Aughk. 1921. — 21. Rönne. Ordination anastigm. u. orthoskop. Brill. Klin. Mon. f. Aughk. 1917 i 1918. — 22. Weiss. Einfluss d. fehlerh. Anpass. d. Br. Heidelberg Bericht. 1919. — 23. Tscherning. Congrès internat. d'Utrecht 1899. Dyskusja do wykładu Ostwalda. — 24. Tenże. Formation des imag. sur la rétine. Traité de phys. biolog. 1903. — 25. Tenże. Verres des lunettes orthoscop. Arch. f. Optik 1908 i Recueil d' Opht. 1908 — 26. Tenże. Moyens de control. d. Verres. Dansk. Videnskab. Selskab. — Kopenhaga 1918. — 27. Tenże. Théorie de Gauss appl. a l'inc. oblique. Dansk. Videnskab. Selskab. Kopenhaga 1918.

Dr. med. J. Łeyberg, b. st. ordynator szpitala Łódź.

Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna.

(Dokończenie)

Co się tyczy stosunku płynu do objawów na skórze, to obie grupy chorych tj. z objawami i bez, dały nam prawie ten sam odsetek płynów patologicznych:

na 123 przyp. bez objawów na skórze było 54 z płynem patol. (43%),

na 85 przyp. z objawami na skórze było 38 z płynem pat. (45%).

Z pośród objawów skórnych na uwagę zasługują wyłysienie swoiste i białość skóry. Niektórzy autorowie (Königstein, Goldberger, Cyranka, Gaertner etc.) uważają objawy te za dowód kliniczny płynu patologicznego. U nas alopecia dała w 66% — leucoderma w 52-ch % płyn patologiczny. Są to bezwarunkowo cyfry wysokie, objawów tych jednak bez kontroli płynu mózgowo-rdzeniowego nie możemy uważać za bezwzględnie patognomiczne.

Wnioski: I. W okresie wysypek nawrotowych płyn mózgowo-rdzeniowy znacznie łatwiej wykrywa nam zakażenie układu nerwowego, niż w okresie wrzodu pierwotnego i wysypek, pochodzących z krwi. Stosunek częstości płynu patologicznego do okresów poprzednich wynosi — 45 : 33,3 : 7,8.

II. Pleocytoza występuje w tym okresie prawie jednakowo często, jak i inne odczyny, lecz nie posiada oną tutaj tego górującego znaczenia, co w okresie poprzednim. W odróżnieniu od okresu poprzedniego, gdzie pleocytozę widzimy częściej (37 : 27) i przeważnie w postaci odczynu izolowanego, tutaj występuje ona zazwyczaj w połączeniu z innemi odczynami.

III. Odczyn globulinowy posiada w tym okresie stale cechy odczynu swoistego: występuje on zwykle obok innych odczynów; jako odczyn izolowany okazał się również swoistym, a przy objawach klinicznych ze strony układu nerwowego stale był obecny. W stosunku do okresu poprzedniego spotykamy go tutaj znacznie częściej (26,5 : 12,5).

IV. Odczyn Wa występuje tutaj najczęściej. W stosunku do okresu poprzedniego widzimy go w okresie nawrotów znacznie częściej (30 : 14) i o napięciu znacznie silniejszem: w przeszło $^{2}/_{3}$ przypadków jest dodatni już przy 0,15 płynu.

V. W okresie tym spotykamy o wiele częściej, niż w okresie poprzednim płyn patologiczny przy Wa ujemnym w surowicy. Badanie więc serologiczne krwi nie mówi nam nic o stosunku zakażenia kiłowego do układu nerwowego.

VI. Okres ten jest najmiarodajniejszy dla badania płynu przy wczesnej kile; w tym okresie należy wykonać pierwszą punkcję.

VII. Płyn patologiczny spotykamy jednakowo często w przypadkach z objawami na skórze, jak i bez objawów.

VIII. Wyłysienie swoiste i białość skóry dają wysoki odsetek płynu patologicznego (66%, 52%).

Kiła utajona. (Okres wczesnego utajenia i wykwitów trzeciorzędowych).

W tablicy IV umieszczone są przypadki z okresu pomiędzy 3-6 rokiem po zakażeniu: chorzy z kiłą utajoną oraz z objawami na skórze i śluzówkach o charakterze późnych nawrotów i kilaków. Nieuwzględnieni zostali ci, którzy w ciągu 3-go roku mieli jeszcze wykwity o cechach nawrotów drugorzędnych. Ci ostatni byli włączeni do grupy poprzedniej.

Tablica IV.

Ilość	Leczenie		Objawy na skórze i błon. śluz.		Krew Wa		Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wa		Non.-Ap.		Pandy		Pleocytoza		Ogólna ilość przyp. patol.
	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	
44	44	0	19	25	21	23	11	33	8	36	8	36	5	39	16=36%

Tablica IV a

Ilość	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa +	Krew Wa +	Krew Wa +
	Płyn —	Płyn +	Płyn ++	Płyn —	Płyn +	Płyn ++
44	13	3	7	11	2	4

Przypadków z płynem patologicznym w tym okresie mieliśmy 16, co stanowi 36% ogólnej ilości.

Na ogólną ilość 44-ch przypadków pleocytoza wystąpiła w 5-ciu (11,5%), zawsze jako odczyn słaby, przyczem w 1-ym przypadku, jako izolowana, w jednym (bez żadnych objawów klinicznych) obok odczynu Wassermana i globul., i w 3-ch obok Wa. W porównaniu z dwoma okresami poprzedniemi pleocytoza występuje tutaj rzadziej, a uderzająca jest różnica, zwłaszcza w stosunku do okresu wysypek hematogennych, gdzie odczyn ten widzimy przeszło 3 razy

N.	Chory	Ile lat po zakaż.	Objawy	Krew Wa	Płyn m.-rdz.	UWAGI
1	Klop. J.	7	Gummata exulcerata femoris	+++	normalny	Przeszedł dotąd jedno leczenie mieszane (Hg + Ns.)
2	Nar. Z.	7	Bez objawów	—	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
3	Bon. N.	7	„ „	—	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
4	Ziem J.	7	„ „	++	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
5	Sit. A.	7	Gumma perforat. septi nasi	++++	„	Dotąd nie leczony.
6	Dz. W.	8	Bez objawów	—	„	Przeszedł szereg leczeń mieszanych.
7	Mięt. A.	8	Gumma perforat. palati duri	++++	„	Dotąd nie leczony.
8	Tust. St.	8	Bez objawów	—	„	Przeszedł szereg leczeń mieszanych.
9	Gin. J.	8	„ „	—	„	W r. 1913 ciężki przebieg kiły, leczony długo Hg i Salw.
10	Pop. S.	9	„ „	—	„	Od 2-ch lat Wa w surowicy stale ujemny, leczony długo Hg i Salv.
11	W. A.	11	„ „	—	„	Leczony dotąd tylko Hg (wcierki)
12	Sem. B.	11	Cicatrices postgum. corporis et faciei	—	„	W r. 1910—11 lues galopans; od 2-ch lat Wa w sur. ujemny, leczony długo Hg + Ns.
13	Jak. Ad.	12	Bez objawów	—	„	W r. 1909—10 ciężki przebieg kiły (ciągłe nawroty w krtani i gardzieli. Leczony Hg + Ns.)
14	P. A.	12	Perforatio anguli nasi. Nos zapadły	—	„	W r. 1910—11 jedno leczenie Hg (wcierki) + jod.
15	B. A.	18	Bez objawów	+++	„	Szereg leczeń Hg (wcierki).
16	B. J.	28	„ „	—	„	W r. 1893 jedno leczenie (wcierki)
17	F. K.	30	Cicatrices postgum. antibrachii	—	„	W r. 1910 owrzodzone kilaki na lewem przedramieniu, leczony tylko Hg objawowo.
18	W. W.	30	Bez objawów	+++	„	Leczony tylko wcierkami w pierwszym roku po zakażeniu.
19	Zaw. A.	7	W lutym 1921 r. bez obj. nerw. i skórnych	—	Wa 0,15+++ N.-Ap. ślady Pand. ślady pleocyt. ++	Wa w surowicy od roku stale ujemny, przeszedł szereg leczeń mieszanych. W sierpniu 1921 r. 3 miesiące po intensywnem leczeniu Ns., obie źrenice nieruchome na światło.
20	Dem. W.	7	Bez objawów	+++	Wa 0,15+++ N.-Ap. + Pandy + pleocyt. ++	Leczony bardzo niesystematycznie Hg + Ns.
21	Sid. H.	8	Bez obj. objekt. ze str. ukł. nerw.	—	Wa 0,15++++ N.-Ap. + Pandy + Pleocyt. ++	Od miesiąca stałe zawroty głowy. Dotąd nieleczony.
22	St. M.	11	Bez objawów objektywnych ze str. ukł. nerw.	+++	Wa 0,15++++ N.-Ap. + Pandy + Pleocyt. ++	W r. 1909—10 trzy leczenia mieszane
23	A. F.	15	Bez obj. objek. ze str. ukł. nerw.	+	Wa 0,15++ N.-Ap. — Pandy — pleocyt. ++	Od niedawna parcie na mocz. Leczony dotąd tylko Hg.

tak często i jako odczyn zazwyczaj silny. Różnica ta zdawałaby się przemawiać za tem, że pleocytoza, jak już wspomniałem powyżej, jest prawdopodobnie wyrazem ostrego podrażnienia opon, które jest najsilniejsze w okresie septycznym kiły i w większości przypadków ustępuje stopniowo bądź to samoistnie, tj. pod wpływem czasu niezależnie od leczenia, bądź też pod wpływem leczenia.

Jako odczyn izolowany pleocytoza jest tutaj prawdopodobnie wyrazem pozostałości tego ostrego podrażnienia opon, które miało miejsce już w bardzo wczesnym okresie (*lymphocytose residouère Szesci*). Nonne twierdzi, że nieznacznie zwiększona ilość limfocytów, spotykana w płynie luetyków okresu utajonego, zwiększa się z chwilą wystąpienia jakichkolwiek objawów ze strony układu nerwowego. Dlatego też sądzimy, że już w okresie wczesnej kiły należy dążyć do usunięcia tego odczynu, a, o ile pleocytoza w tym okresie pod wpływem leczenia nie ginie, resp. daje mimo leczenia recydywy, należy wtenczas zapatrywać się na nią, jako na moment ostrzegawczy. Znaczenie tego odczynu jest tem poważniejsze, im później go spotykamy; silna pleocytoza w okresach wcześniejszych jest objawem mniej poważnym, niż słaba w okresach późniejszych, bo świadczy wtenczas o uporczywości odczynu, który z reguły ma tendencję do ustępowania.

Odczyn globulinowy mieliśmy tutaj w ośmiu przypadkach (18%), przyczem 1 raz w całym komplecie odczynów, 3 razy z odczynem Wa i 4 razy, jako odczyn izolowany. W tych 4-ch przypadkach z odosobnionym odczynem globulinowym były 2 z objawami nerwowemi (w jednym brak odruchów Achillesa, w drugim porażenie mięśni ocznych), z pozostałych 2-ch w jednym w toku rozpoczętego leczenia przyłączył się odczyn Wassermanna (Wa 0·25++), w drugim płyn na odczyn Wa nie był badany.

Takie zachowanie się odczynu globulinowego wskazuje na to, że 1) towarzyszy on zwykle (jak i w okresie poprzednim) klinicznym objawom nerwowym, 2) w odróżnieniu od okresu wysypek nawrotowych, gdzie odczyn globulinowy występuje tak często w całym zespole odczynów, tutaj, dzięki większemu odstępowi czasu od zakażenia, reszta odczynów częściowo lub zupełnie ginie, względnie znajduje się w stanie utajenia, jak o tem w jednym, tylko co wspomnianym, przypadku przekonało nas powtórne nakłócie, wykonane podczas rozpoczętego leczenia. Oczywiście, i w tym okresie odczyn globulinowy izolowany może być tylko przypadkowym i nieswoistym. Mimo to słuszniej jest tutaj pod względem oceny djagnostycznej zapatrywać się na ten odczyn, jak na izolowaną pleocytozę, i dążyć do jego usunięcia. Odczyn Wassermanna wystąpił w tym okresie na 44 przypadków — 11 razy (25%), czyli częściej od pozostałych odczynów, jednak rzadziej, niż przy wysypkach nawrotowych (25% : 30%).

Stosunek poszczególnych odczynów względem siebie w tym okresie przedstawia się, jak następuje:

Wa: Glob.: Pleoc. = 25 : 18 : 11,5.

Na 11 razy odczyn Wa był dodatni 3 razy przy 0,15, 8 razy przy 0,25. Napięcie odczynu Wa zbliża się więc tutaj do okresu septycznego i oddala od okresu nawrotowego. W związku z tem stosunkowo słabem napięciem spotykamy tutaj odczyn Wa rzadko w całym komplecie, mianowicie: na 11 razy — 4 razy jako odczyn odosobniony, 3 razy + odczyn globulinowy, 3 razy + pleocytoza, 1 raz + globulinowy + pleocytoza.

W przeciwieństwie do okresu septycznego, gdzie przesączanie reagin z surowicy do płynu jest, według nas, możliwe, tutaj z taką możliwością liczyć się mniej należy, wobec tego, że w tym okresie kiły odczyn Wa w surowicy nie jest tak silny, jak w okresie septycznym.

Jak widać z tablicy IV a (rubr. 2 i 3), płyn patologiczny przy Wa ujemnym w surowicy występuje tu znacznie częściej, niż w okresie wysypek nawrotowych, w którym ogólna ilość takich przypadków wynosiła 10% (na 208—21), tutaj — 22,5% (na 44 10). Jeżeliśmy już w okresie poprzednim uważali za prawdopodobne, że w przypadkach z uporczywym i silnie zmienionym płynem przy ujemnym Wa w surowicy należy szukać głównego siedliska infekcji w układzie nerwowym, to tembardziej w tym okresie płyn taki należy uważać za *signum mali ominis*. Wogóle zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zmiany patologiczne w płynie tem groźniejsze mają znaczenie, im później dają się stwierdzić.

Odnośnie do zachowania się płynu w stosunku do zmian na skórze, to w tym okresie najcięższe zmiany w płynie widzieliśmy u chorych, którzy nie mieli żadnych objawów na skórze i śluzówkach, względnie śladów tychże, świadczących o ciężkim dotychczasowym przebiegu choroby. Na 12 natomiast przypadków z rozległemi owrzodzonemi kilakami tylko w jednym płyn wykazywał zmiany patologiczne.

W przeciwieństwie do Fleischmanna nasze wyniki przemawiają na korzyść poglądu, wypowiedzianego przez Fournier'a i Erba, że przeważnie ci kiłowi są skłonni do późnych schorzeń układu nerwowego, u których kiła na skórze miała przebieg łagodny.

Wnioski:

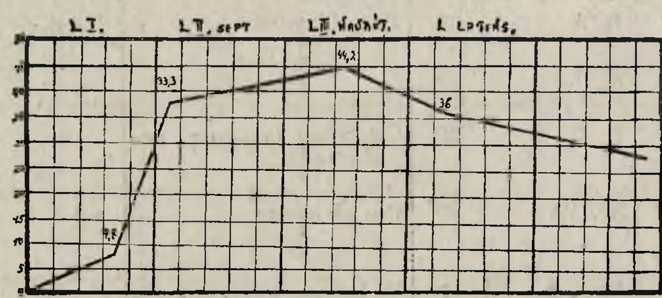
I. Ogólna ilość przypadków z płynem patologicznym w tym okresie jest mniejsza, niż w okresie wysypek nawrotowych.

II. Najrzadziej spotykamy tu pleocytozę (11,5%), najczęściej odczyn Wa (25%), odczyn globulinowy (18,5%) towarzyszy często klinicznym objawom nerwowym.

III. Każdy z poszczególnych odczynów patologicznych w tym okresie (a tembardziej w okresach późniejszych!) powinien być uważany jako sygnał ostrzegawczy, — zwłaszcza w przypadkach z ujemnym odczynem Wa w surowicy.

IV. Przy złośliwych kilakach rozpadowych na skórze i śluzówkach płyn mózgowo-rdzeniowy jest zazwyczaj normalny; pomiędzy ciężkim przebiegiem kiły a stanem płynu m.-rdzen. istnieje pewien antagonizm.

Z opracowanych tutaj 4-ch okresów wczesnej kiły wypada, że zakażenie układu nerwowego daje się najrzadziej stwierdzić w okresie kiły pierwszorzędnej, najczęściej w okresie wysypek nawrotowych; przy kile wczesnej utajonej, tj. pomiędzy 3-cim a 6-tym rokiem choroby, ilość przypadków z płynem patologicznym znów się zmniejsza, jak to wyraża następująca krzywa:



Krzywa ta ulega dalszemu spadkowi w późniejszych latach choroby. Na 23 przypadków późniejszej kiły, w których miałem możność zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy, w 5-ciu płyn wykazywał zmiany patologiczne przy braku objawów klinicznych ze strony układu nerwowego. Przypadki te, jako z wielu względów pouczające, przytaczam w poniższej tablicy.

Z tablicy tej widzimy, że 1) stosunkowo duża ilość przypadków z płynem normalnym miała złośliwy przebieg kiły (NN 1, 5, 7, 12, 14, 17), 2) płyn normalny mamy tutaj również w przypadkach, które wobec obecnych wymagań należy uważać za niedostatecznie leczone (NN 11, 14, 16, 17, 18), 3) z pięciu przypadków z płynem patologicznym dwa — N 21 i 23 — mają objawy subjektywne podejrzanej natury, a w przypadku N 19 widzimy szybkie postępowanie utajonej kiły nerwowej pomimo energicznego leczenia dożylnemi wlewaniami neosalwarsanu: w przeciągu 7-miu miesięcy źrenice dotąd oddziałujące normalnie tracą odruch na światło.

Dreyfus stwierdził u 120 chorych zakażonych przed wielu laty kiłą tylko w 12% zmiany patologiczne w płynie bez objawów klinicznych ze strony układu nerwowego.

Stosunkowo rzadkie schorzenie płynu w późnych latach po zakażeniu zgadza się z wynikami klinicznych badań Mattauschka i Pilcza, którzy stwierdzali u przeszło 4-ch tysięcy katamnestycznie spostrzeganych chorych, zakażonych przed wielu laty kiłą, w 11% kiłę mózgowo-rdzeniową, wiąd rdzenia i porażenie postępujące. Różnica, jaką widzimy w częstości schorzenia płynu u wczesnych i późnych kiłowych, jest dowodem tego, że wczesne zmiany kiłowe w oponach, zupełnie analogicznie do tego, co widzimy i w innych narządach, nie koniecznie muszą się utrwalić, lecz mogą z czasem zupełnie ustąpić, to znaczy ulec wyleczeniu. Że jednak zmiany patologiczne w płynie wczesnych kiłowych znajdują się w bezpośrednim związku z temi zmianami, jakie spotykamy u chorych z późnemi syfilogennemi schorzeniami układu nerwowego, — dowodzą nam prace katamnestyczne Dreyfusa i Gennericha. Dreyfus, spostrzegając przeszło tysiąc przypadków w przeciągu 10-ciu lat, mógł się przekonać, że u wszystkich bez wyjątku chorych z późną kiłą układu nerwowego płyn mózgowo-rdzeniowy już wiele lat przed klinicznym wybuchem choroby wykazywał zmiany patologiczne; do tego samego wniosku przychodzi Gennerich na zasadzie stałej obserwacji i systematycznego badania płynu u 8-miu tysięcy chorych w przeciągu 12-tu lat.

Wobec tego badanie płynu mózgowo-rdzeniowego we wczesnych okresach kiły uzupełnia tę lukę, jaka istniała w dotychczasowych naszych pojęciach o stosunku kiły wczesnej do późnych schorzeń układu nerwowego, dowodząc nam, że późne schorzenia syfilogenne już w bardzo wczesnych okresach kiły mają swój właściwy zaczątek, którego wyraz możemy znaleźć wyłącznie w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Co się tyczy wartości, jakie badanie to posiada dla rokowania osobniczego, to z tego, cośmy tutaj powiedzieli, dają się wyprowadzić następujące wnioski:

1. Płyn normalny, stwierdzony jako taki jednorazowo, nie dowodzi nam zasadniczo niczego, ponieważ może to być tylko przypadkowo uchwycona normalna faza płynu; prócz tego należałoby płyn badać każdorazowo w 2-ch, 3-ch częściach, gdyż, jak to ostatnio podnoszą niektórzy autorowie (Becher, Weigelt, Weinberg), treść płynu w różnych odcinkach kanału mózgowo-rdzeniowego może być niejednolita. Tem niemniej: płyn normalny, stwierdzany wielokrotnie w dłuższych odstępach czasu, przemawia z dużem prawdopodobieństwem przeciwko możliwości późniejszego zachorowania układu nerwowego, ponieważ późne rozsianie się zarazka w drodze krwiobiegu należy do wyjątków. Dlatego należałoby płyn normalny kontrolować przynajmniej raz do roku przez kilka lat po zakażeniu.

2. Płyn patologiczny, stwierdzony jako taki wcześnie, świadczy nam w stosunku do układu nerwowego o tem samem co dodatni odczyn Wa w surowicy w stosunku do reszty ustroju, tj. dowodzi nam zakażenia układu nerwowego. Zakażenie układu nerwowego we wczesnych okresach kiły nie koniecznie musi prowadzić do późnych schorzeń syfilogennych, czego dowodem jest mały odsetek tych ostatnich w stosunku do częstych schorzeń płynu w okresach wczesnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że z przypadków, które wykazują płyn patologiczny we wczesnych okresach kiły, rekrutują się późniejsi metasyfilitycy. Gennerich twierdzi, że dzięki możności wczesnego wykrycia utajonych zmian patologicznych w oponach mózgowo-rdzeniowych przez badanie płynu jesteśmy w stanie otrzymać stałe wyleczenie tych przedklinicznych zmian oponowych i tem samem nie dopuścić do późnych schorzeń układu nerwowego. Stąd bezwzględne wskazanie: jaknajwcześniej wykryć płyn patologiczny, oczyścić go i utrzymać w stanie normalnym. W tem tkwi najdonioślejsze znaczenie badania płynu we wczesnych okresach kiły, ponieważ prowadzi ono nas na tory poronnego leczenia syfilogennych schorzeń układu nerwowego.

Poruszany tutaj wielokrotnie wpływ leczenia swoistego na płyn patologiczny będzie przedmiotem drugiej części niniejszej pracy.

Piśmiennictwo.

1. Altmann-Dreufuss. M. med. W. 1913 Nr. 9. 2) Baum, M med. W. 1914 Nr. 4. 3) Becher. M. med. W. str. 839 4) Dreyfuss. M. med. W. 1920 Nr. 48. 5) Ehrmann. Initialaffect a. t. d. Handbuch d. Geschlechtskrankheiten T. II 1912. 6) Finger. Allgemeine Pathologie d. Syph. Handb. d. Geschl. krank. T. II 1912. 7) Fleischmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 70, 1921. 8) Fleischmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 8, 1921. 9) Gennerich. Syphilis d. Zentr. N. S. 1921. 10) Hauptmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 67, 1921. 11) Kafka. M. med W. 1920 Nr. 33. 12) Königstein-Goldberger. W. klin. W. 1917 Nr. 12. 13) Mattauschek-Pilcz. Med. Kl. 1913, Nr. 3. 14) Nonne. Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 113. 15) Nonne. Syphilis u. Nervensystem 1921. 16) Plaut. M med. W. 1918 Nr. 2. 17) Ravaut. Presse med. 1922. Nr. 18. 18) Rost. Derm. Zeitschr. 1916 XXIII. 19) Schönfeld. Arch. f Derm. u. Syph. 1919 T 127. 20) Schäber. M. med W. 1921, Nr. 13. 21) Scot-Pearsen. Ref. Annales de Derm. et Syph. 1921, T. II, Nr. 2. 22) Weinberg. M med. W. 1921. str 597. 23) Weigelt. M. med. W. 1921 str. 838 24) Walter. M. med. W. 1921 Nr. 42.

Z praktyki.

Dr. Franciszek Kmietowicz sen. Krynica-Zdrój.

Spostrzeżenia nad działaniem leczniczem wody z otworu wiertniczego Nr. II w Krynicy-Zdroju.

Głębokie wiercenie, przeprowadzone w roku 1914 przez prof. geologji Dra Rudolfa Zubera w parku zdrojowym do głębokości 810 m, odkryło źródło należące do niezwykle silnych szczaw alkalicznych (około 23‰ soli alkalicznych), a z powodu stosunkowo znacznej ilości chlorku sodowego (ponad 1‰), mogące być zaliczonem równocześnie do słabych wód solankowych. Woda ta zawiera mało związków wapniowych (0·65‰), natomiast stosunkowo dużo magnezowych i litowych (ponad 3‰). Ostatecznego rozbioru chemicznego dokonał prof. Dr. L. Marchlewski w roku 1916, a zarząd zdrojowy, urządziwszy odpowiednią ogrzewalnię, oddał wodę z powyższego źródła w r. 1920 do użytku publicznego. Źródło to zastąpić może wody zagraniczne Karlsbadu, Vichy, Bilinu i Neuenahry i t. p.

Pierwsze dwa przypadki, które dały mi już w r. 1919 nadspodziewany wynik leczniczy, zachęciły mnie do dalszego stosowania i spostrzegania skutków tej wody.

Chory S. K. 63-letni, leczony kilkakrotnie w Karlsbadzie na kamicę żółciową, dostał napadu kolki żółciowej w r. 1919. Z powodu uporczywego powtarzania się kolki zaleciłem czterotygodniowe picie odpowiednio rozcieńczonej i ogrzanej wody z powyższego źródła. Objawy kolki ustąpiły zupełnie i do dziś się nie powtórzyły.

U chorej M. Z. 70-letniej, matki kolegi Z., cierpiącej na dnę, wystąpił w roku 1919 silny, bolesny obrzęk palca wielkiego, a następnie całej stopy. Gdy po wyczerpaniu wszystkich znanych mi środków leczniczych żadnego polepszenia przez czas dłuższy nie mogłem zauważyć, zastosowałem w końcu wodę „Zubera“ Nr. II. Skutek był bardzo pomyślny, gdyż chora po 4 tygodniach wstała z łóżka o własnej sile. W pół roku potem przebyła pomyślnie operację z powodu wgłobienia jelit, a objawy dny nie wystąpiły już więcej.

Stosowana odtąd przezemnie woda z otworu wiertniczego Nr. II u gości kąpielowych przez dwa sezony, w roku 1920 i 1921, dała mi również dodatnie wyniki i to u 168 osób, z których 103 cierpiało na dnę, 18 na kamicę żółciową, 20 na nadkwaśność żołądka, 18 na zwapnienie tętnic, 2 na nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza, 4 na choroby nerek, 2 na świąd na tle skazy moczanowej i 1 na wyprysk.

Krótkie, przeważnie 6-tygodniowe spostrzeganie, i niemożność stosowania ściślejszych klinicznych sposobów rozpoznawczych nie upoważnia mnie do wysnuwania innych wniosków, jak tylko do stwierdzenia faktu ustępowania objawów chorobowych i wybitnej poprawy stanu ogólnego prawie we wszystkich przytoczonych przypadkach.

Szczególnie podkreślić muszę łagodzący wpływ na bóle przy nadkwaśności żołądka, podejrzanej, lub rozpoznanej jako wrzody żołądka, gdzie stosowałem zimną wodę, jak również ten sam wpływ przy kolce żółciowej i bólach dnawych.

W dwóch przypadkach chorób nerek białko znikło zupełnie, w dwóch wybitnie się zmniejszyło. Istniejący od kilku lat u jednej chorej wyprysk ustąpił już po 4 tygodniach zupełnie. Także i inne środki lecznicze naturalne, stojące w zdrojowisku do rozporządzenia, takie, jak kąpiele mineralne z CO_2, kąpiele borowinowe, jak też i warunki klimatyczne, oderwanie się od trosk i zajęć, odpowiednia djeta itd., sprzyjały uzyskaniu pomyślnych wyników.

Z powodu wysokiego nasycenia wody, dosięgającego 19 gramów dwuwęglanu sodowego na 1 litr, posługiwałem się wodą rozcieńczoną, rozcieńczając ją już to zwykłą wodą wodociągową, już to innemi miejscowemi szczawami żelezistemi, zalecając domieszkę tych wód, stosownie do przypadku chorobowego.

Dwuwęglan sodowy rozpuszcza mucynę, będącą wydzieliną błon śluzowych, a zwiększoną przy nieżytach; tem tłumaczyć sobie możemy korzystne działanie w pewnych postaciach chorobowych.

Wychodząc z teoretycznego zapatrywania, należałoby zastanowić się nad stworzeniem nowych wskazań także dla innych schorzeń. Zasłużona od półtora blisko wieku sława Krynicy, jako uzdrojowiska chorób kobiecych, mogłaby uzyskać jeszcze jeden nowy sposób leczniczy a to przy nieżytach macicy przez miejscowe użycie tejże wody w formie przestrzykiwań, obok jej wewnętrznego podawania.

Bliższe uzasadnienie działania sody, rozpuszczającej mucynę, wymaga przeprowadzenia dalszych w tym kierunku doświadczeń i zestawienia wyników.

Dr. Roman Hinze, dyrektor Szpit. powsz. Rzeszów.

Stosowanie zawiesiny soli rtęciowych w alkoholu 60% i glicerynie przy kile.

Już w czasie wojny światowej trudności otrzymania dobrego oleju parafinowego skłoniły mnie do szukania za innemi środkami zastępczemi. Z pomiędzy wielu innych połączeń, gliceryna z alkoholem 60% dała najlepsze wyniki.

Zawiesina ta, oparta na podobieństwie z zawiesiną jodoformową Mikulicza, stosowana z dobrym wynikiem w gruźlicy stawów, nadała się znakomicie do wstrzykiwań śródmięśniowych w kile z dodatkiem soli rtęciowych nierozpuszczalnych

N. p. Hydrarg. salicylici 2,0
Glycerini p. conctr.
Spirit vini 60% aa, 20,0

Zawiesinę tę stosuję u siebie w domu u najwrażliwszych osobników i w szpitalu powsz., jako wstrzykiwania wśródmięśniowe (w pośladki), w ilości 1 do 2 cm³, co kilka dni. Chorzy znoszą wstrzykiwania te wybornie, o wiele lepiej, jak zawiesinę z olejami. Nacieków zapalnych nie widziałem mimo znacznej już ilości wstrzyknięć (kilka tysięcy), nigdy ropni lub innych powikłań. Zatorów żylnych nie obawiamy się wcale, gdyż zawiesina rozpuszcza się doskonale we krwi.

Co się tyczy działania swoistego, to niczem nie różni się od zastrzyknięć tłustych, mam również wrażenie, że znacznie lepiej i pewniej działa, jak z czystą gliceryną Na podstawie dużego materjału mogę sposób opisany polecić, jako pewny i bezpieczny, szerokiemu ogółowi lekarzy praktyków. Nadmienię na zakończenie, że ze soli rtęciowych stosujemy wyłącznie salicylan rtęci w zawiesinie i tylko co do tej soli mamy duże doświadczenie.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

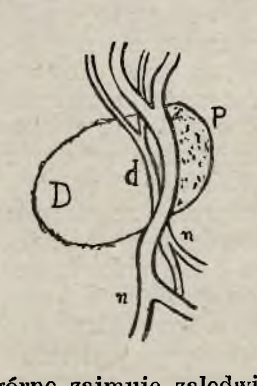
Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego

(Ciąg dalszy).

O wiele częściej, niż samo zapalenie tęczówki, przyczyną jaskry wtórnej są następstwa tego zapalenia, mianowicie odgrodzenie komórki przedniej od tylnej przez całkowity zrost obwodu źrenicy z przednią torebką soczewki *(seclusio pupillae)*. Zresztą przyczyny powstawania jaskry wtórnej są bardzo różne: pęcznienie soczewki, zwichnięcie soczewki, guzy wewnątrz gałki oka.

Do chorób zapalnych, sprowadzających jaskrę wtórną, zalicza Schmidt-Rimpler i zapalenie naczyniówki twardówkowe tylne (Sclerochorioiditis posterior). Zdaje się jednak, że *sclerochorioiditis posterior* jest raczej następstwem wzmożonego ciśnienia w gałce, niż przyczyną tego wzmożenia. Słusznie też utrzymuje Stilling, że od mniejszej lub większej ustępliwości twardówki zależy, czy w danym przypadku wzmożonego ciśnienia w gałce oka powstanie zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, czy tylne wydęcie twardówki.

Przy wzmożonem ciśnieniu w gałce tylne wydęcie twardówki zabezpiecza do pewnego stopnia oko od zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.



Są też przypadki, kiedy wydęcie tylne twardówki znajduje się na jednym poziomie z zagłębieniem częściowem tarczy. Tarcza jest tu dwupiętrowa, a naczynia na tarczy znajdują się na górnem piętrze, właściwie na granicy między górnem a dolnem piętrem tarczy *(Excavatio scleropapillaris)* (Noiszewski *). (p-piętro górne, d-piętro dolne, leżące na jednym poziomie z wydęciem twardówki, D. n. n. naczynia krwionośne).

Są przypadki, w których piętro górne zajmuje zaledwie wązki sierp tarczy, cała zaś pozostała tarcza leży na poziomie wydęcia tylnego twardówki.

Pęcznienie części korowych soczewki po jej uszkodzeniu wzmaga zawsze ciśnienie w gałce; jednak nie jest wykluczone, że nie sama obecność części korowych soczewki w komórce przedniej wzmaga ciśnienie w gałce, ale zwiększony przesięk z wypustek splotu naczyniówki w ciałku rzęskowem, wywołany podrażnieniem cząstkami kory. Przemawiają za tem spostrzeżenia Elschniga[1]), H. Pagenschtechera[2]), Albranda[3]), Rumszewicza[4]), Knappa[5]), Wicherkiewicza[6]), Noiszewskiego[7]) napadów jaskry po wydobyciu zaćmy. Pierwszy jednak o napadzie jaskry w oku bezsoczewkowem doniósł Rydel. Należy przypuścić, że podrażnienie ciałka rzęskowego resztkami soczewki jest raczej chemiczne, niż mechaniczne. Przemawiają za tem przypadki, w których zwichnięta do przedniej komórki soczewka nie sprowadzała napadu jaskry. Tak, Noiszewski[8]) doniósł o czterech przypadkach soczewki zwichniętej do przedniej komórki; w trzech przypadkach nie było wzmożonego ciśnienia w gałce, w czwartym wystąpił wprawdzie ostry napad jaskry, ustąpił jednak bez żadnych szkodliwych następstw po wydobyciu soczewki.

O guzach w gałce ocznej powiedzieć można to samo, co i o zwichnięciu soczewki; w jednych przypadkach guz sprowadzał napad jaskry, gdy w innych ciśnienie w gałce pozostawało niewzmożone, albo i obniżone pomimo obecności guza i jego wzrostu; nawet i wtedy, gdy guz się umiejscowiał w kącie przesącza. Na 100 przypadków guza w gałce ocznej znalazł Devereux Marschall ciśnienie wzmożone 53 razy, 40 razy ciśnienie było prawidłowe, a 7 razy nawet obniżone.

Jaskra doświadczalna.

Wszystkie dotychczasowe doświadczenia nad jaskrą sprowadzały się do zamykania kąta przesącza w przedniej komórce oka. Oczywiście w tych doświadczeniach mogła być mowa tylko o jaskrze zapalnej wtórnej, która i w zwykłych warunkach powstaje w następstwie sprawy zapalnej. Tak Weber[9]) wstrzykiwał do przedniej komórki oka królika

---

*) Noiszewski. Postęp okulist. r. 1914.

[1]) Elschnig. Glaukom nach Staroperationen. Klin. Mntsbl. f. Aug. XXXIII. 233—1895.

[2]) Pagenschtecher H. Über Glaukom nach Staroperationen Klin. Mntsbl. f. Augh. idem str. 139. 1895.

[3]) Albrand. Arch. f. Augenh. XXXIII. 71. 1896.

[4]) Rumszewicz. Klin. Mntsbl. f. Augenh. XXXIV. str. 191. 1896.

[5]) Knapp. Über 1050 Kataractoperationen Internat. Med. Kongress Moskau 1897.

[6]) Wicherkiewicz. Arch. d' oculist. CXXXII. l. p. 5. 1904.

[7]) Noiszewski. Glaukoma l. c. str. 29. r. 1914.

[8]) Noiszewski. Glaukoma l. c. str. 29.

[9]) Weber A. Die Ursachen des Glaukoms v. Graefe Arch. f. Ophth. XXIII. 1. 5.

oliwę i sprowadzał dłuższy czas trwające wzmożenie ciśnienia w gałce. Próbował wstrzykiwać oliwę do przedniej komórki oka i Schmidt-Rimpler[10]) i dwa razy na sześć przypadków spostrzegał czasowe wzmożenie ciśnienia; nie wywierało jednak ono żadnego wpływu na zagłębienie tarczy. Leber[11]) wstrzykiwał do przedniej komórki oka królika hodowlę gronkowca złocistego i otrzymał jaskrę wtórną z głębokiem zagłębieniem tarczy n. wzrokowego. Schöler[12]) sprowadzał czasowe wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej przyżeganiem rąbka spojówki igłą rozżarzoną. Bentzen[13]), sprawdzając doświadczenia Schölera znajdował wzmożone ciśnienie w gałce ocznej, trwające dwie godziny po przyżeganiu, następnie oczy stawały się miękkie. Heisrath[14]) przyżegał kwasami brzeg twardówkowo-rogówkowy; utrzymuje on, że po tem przyżeganiu wzmożone ciśnienie w gałce trwało trzy miesiące. Bentzen wstrzykiwał jod i amoniak do przedniej komórki bez skutku, ale przyżeganie krystalicznym azotanem srebra naczyń twardówki sprowadzało dłuższy czas trwające wzmożenie ciśnienia w gałce. Spostrzegał też Bentzen powiększenie zagłębienia tarczy po rozdrapaniu kąta przesącza przedniej komórki cienką igłą. Erdmann[15]) wprowadzał do przedniej komórki oka królika anodę w postaci cienkiej igły, trzymając katodę na grzbiecie zwierzęcia; elektroliza trwała 60—120 sekund przy sile prądu około 2 MA. Napad jaskry występował na 2-gi czasem na 3-ci dzień. Po ustąpieniu objawów zapalnych jaskra przybiera charakter przewlekły. Uribe y Troncoso[16]), wprowadzając białko do ciałka szklistego, spostrzegał wzmożone ciśnienie w gałce, które tłomaczył zatkaniem kąta przesącza nadmiarem białka w cieczy wewnątrzgałkowej. Wszyscy wyżej podani autorowie uważali w zamknięciu kąta przesącza przyczynę wzmożonego ciśnienia i jaskry; jeden tylko Stilling szukał przyczyny wzmożonego ciśnienia nie w przednim, ale w tylnym odcinku gałki, mianowicie w przewodzie osiowym nerwu wzrokowego. Stilling[17]) przewiązywał nerw wzrokowy zaraz poza gałką i otrzymywał wzmożone ciśnienie w gałce i znieczulenie rogówki.

Jednak ci, co sprawdzali doświadczenia Stillinga, nie mogli stwierdzić wzmożenia ciśnienia w gałce po podwiązaniu nerwu wzrokowego. Od czasów Graefego zrobiono już wiele tysięcy doświadczeń nad jaskrą pierwotną ostrą i przewlekłą. Doświadczenia te polegały, co prawda, nie na wywoływaniu jaskry, ale na jej usuwaniu za pomocą wycinania tęczówki i eksperyment ten w olbrzymiej większości wypadków udawał się w zupełności. Wycinanie tęczówki sprowadza częściowy zanik wypustek ciałka rzęskowego, które są splotem naczyniówki oka (*plexus chorioideus ophthalmicus*), tworem, podobnym do splotów naczyniówki mózgu.

Wypustki rzęskowe są jedynym narządem, od którego czynności wydzielniczej zależy tak wzmożenie, jak i obniżenie ciśnienia w gałce ocznej. Nadmierna czynność wydzielnicza i przerost *plexus chorioidei ophthalmici* prowadzi do wzmożenia ciśnienia w gałce; zanik — do obniżenia czynności wydzielniczej i do obniżenia ciśnienia, a pośrednio i do miękkości gałki. Ale zanik częściowy splotu naczyniowego w ciałku rzęskowem jest zjawiskiem wtórnem; bezpośredniem następstwem wycięcia tęczówki jest obrzęk ciałka rzęskowego (*cyclitis circumscripta*). Zwykle obrzęk ten jest nieznaczny; tam jednak, gdzie obrzęk ten jest nadmiernie nasilony, mamy do czynienia z t. zw. jaskrą złośliwą (*glaucoma malignum*). Powstawanie jaskry złośliwej czyli gwałtowne wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej, spowodowane wycięciem tęczówki, jest w ścisłym związku z gwałtownym odczynem ciałka rzęskowego na wycięcie tęczówki.

Odczyn ten bywa stale w każdym przypadku wycięcia tęczówki, ale, jak powiedziano, nasilenie tego odczynu zwykle jest niewielkie. Po ustąpieniu odczynu następuje częściowy zanik *plexus chorioidei ophtalmici* i miękkość gałki. Im młodszy jest osobnik, tem większy jest zanik splotu naczyniowego w ciałku rzęskowem i wyraźniejsza jest miękkość gałki ocznej. I dlatego wycięcie tęczówki jest przeciwwskazane u bardzo małych dzieci. Niekiedy miękkość gałki ocznej występuje i u dorosłych po oderwaniu brzegu przyrzęskowego tęczówki. Noiszewski[18]) opisał dwa przypadki miękkości gałki ocznej: jeden po wycięciu tęczówki u dziecka, drugi po oderwaniu brzegu przyrzęskowego tęczówki u dorosłego osobnika.

U dziecka dwuletniego z zaćmą wrodzoną stożkowatą na jednem oku dokonano rozcięcia torebki soczewki, a na drugiem wydobyto zaćmę wraz z wycięciem tęczówki. Po roku dziecko widziało na obadwa oczy, ale gałka z wyciętą tęczówką była miękka. W przypadku drugim osobnik 44-letni przed 5-ciu laty został uderzony odłamkiem żelaza w gałkę oka prawego. Uderzony czasowo zaniewidział, wzrok mu jednak powrócił, chociaż osłabiony. Badanie wykazało, że brzeg rzęskowy tęczówki w tem oku był u góry oderwany na przestrzeni 6 milimetrów. Rogówka, soczewka, i ciało szklane było zupełnie przeźroczyste, na dnie oka zmian chorobowych nie było; ale ostrość wzroku była obniżona do 1|120 i gałka była miękka.

W doświadczeniach nad jaskrą wcale nie uwzględniano jaskry prostej (glauc. simplex). Było to zupełnie zrozumiałe ze względu, że powstawanie jaskry prostej uzależniano od tej samej przyczyny, co i jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej, mianowicie od wzmożonego ciśnienia w gałce. Dopiero od chwili, gdy przyczyny powstawania jaskry prostej zaczęto się domyślać poza gałką, nie we wzmożonem ciśnieniu w gałce, ale w obniżonem ciśnieniu w czaszcze, otwarta została droga do nowego kierunku badań. Doświadczenia te miały na celu sprowadzenie zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego przez obniżenie ciśnienia w czaszce. Badania te były prowadzone w dwóch kierunkach: doświadczalnie na zwierzętach za pomocą wypiłowywania kawałków kości czaszkowych i klinicznie u ludzi spostrzeganiem objawów obniżonego ciśnienia w czaszce po urazach czaszki i po nakłuciach lędźwiowych. Doświadczenia wykonywano na królikach i na psach. Doświadczenia, przeprowadzone na psach, były bardziej przekonywające, bo u królików już w stanie prawidłowym tarcza jest zagłębiona; przeciwnie u psów w stanie prawidłowym tarcza nerwu wzrokowego jest wypukła i najzupełniej zasługuje na swe miano łacińskie brodawki. Tarcza nerwu wzrokowego u psa jest wypukła, nieprawidłowej postaci i barwy brudno czerwonej. Zdarza się niekiedy i u ludzi zupełnie zdrowych wypuklenie tarczy nawet do 2 D ponad poziom siatkówki. Wypuklenie to w oczach skądinąd zupełnie prawidłowych i o prawidłowem ciśnieniu śródgałkowem świadczy o tem, że w tych przypadkach ciśnienie w czaszce, jakkolwiek prawidłowe, jest jednak większe od ciśnienia w gałkach ocznych.

Zdawałoby się zrazu, że rozstrzygnięcie pytania o powstaniu jaskry prostej jest zadaniem łatwem: jeżeli ciśnienie wzmożone możemy przez trepanację uczynić prawidłowem, to prawidłowe przez trepanację można obniżyć poniżej normy. Jednak, jak nam już wiadomo, wielkość ciśnienia tak w gałce ocznej jak i w czaszce nie jest wielkością stałą; jest więc możliwe, że ciśnienie, przez trepanację obniżone, mimo to pozostanie jeszcze większe, a przynajmniej nie mniejsze, niż ciśnienie wewnątrz gałki ocznej.

Pierwotnie trzymałem się poglądu, że trepanacja dokonana w przypadkach guzów mózgu i wodogłowia nie może tak dalece obniżyć ciśnienia w czaszce, żeby prowadziła do zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego; później miałem sposobność przekonać się, że w pewnych razach jest to możliwe. Na posiedzeniu lekarzy kurlandzkich doniósł Vierhuff[19]),

---

[10]) Schmidt-Rimpler, Zur Glaukomtheorie. Heidelberger Ophthalmol. Geselsch. 1877 str. 18

[11]) Leber, przyt. według Schmidt-Rimplera Glaukom, Graefe-Saemisch 2-te Auflage str. 158.

[12]) Scholer, v. Graefe Arch. f. Opht. 4. str. 158.

[13]) Bentzen, v. Graefe Arch. f. Ophth. XLI. 4 str. 42.

[14]) Heisrath, przyt. według Schmidt-Rimplera Glaukom 2-te Auflage Graefe-Saemisch.

[15]) Erdmann, Über experimentelles Glaukom. Bericht d. Ophth. Gesel. zu Heidelberg 1906. str. 116.

[16]) Uribe y Troncoso, Patogenesis del Glaucoma Arch. d' ocul. CXXVI. str. 401. 1901.

[17]) Stilling. J., Zur Theorie des Glaukoms Arch. f. Ophth. XIV. 3. str. 259.

[18]) Noiszewski Glaukoma. Monografja. Petersburg. Wydawnictwo prak. Medycyny str. 18. 1915.

[19]) Vierhuff. Zur Behandlung des Hydrocephalus chronicus acquisitus. Pos. Tow. lek. Kurlandz. dnia 10. lutego 1912.

że u dziecka 17-miesięcznego z przewlekłem wodogłowiem nabytem, jednak bez tarczy zastoinowej, po dokonaniu dwurazowego nakłucia i wydaleniu za pierwszym razem 100 sz. cm. i drugim razem 157 sz. cm. cieczy jasnej, wagi gatunkowej 1007, nastąpiło bardzo znaczne polepszenie. Po 7 miesiącach znaleziono u tego dziecka bardzo głębokie zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego i zupełną ślepotę.

Ostatnia wojna wszechświatowa pod względem naukowo-lekarskim wzbogaciła bardzo mało nasz polski dorobek. Od lekarzy wojskowych udało mi się zebrać kilka cennych spostrzeżeń, świadczących o wpływie obniżenia ciśnienia wewnątrz czaszki na oczy. Tak jeden z nich podaje, że spostrzegał oddziaływanie na oczy w 12 przypadkach ubytków kości czaszkowych. Ściślejsze dane mógł mi jednak podać tylko o dwóch.

Jeden z nich K. E. lat 20, ranny był pod Maćkowym Gajem w dniu 27. sierpnia 1916 r. w czasie ofenzywy Brusiłowa odłamkiem szrapnela w okolicę ciemieniową prawą z ubytkiem kości wielkości dłoni. Opatrzony i odstawiony do szpitala po upływie 48 godzin odzyskał przytomność. Uskarżał się głównie na objawy ze strony oczu, mianowicie na zamglenie wzroku i koła tęczowe naokoło źródeł światła. Sądził, że na sali jest dym. A i później długo jeszcze jedyną jego skargą było widzenie mgły.

Ordynans S. lat 45, ranny pod Baćkami w ziemi Siedleckiej 9. sierpnia 1915 r. w okolicę ciemieniową z ubytkiem kości czaszkowych wielkości jaja kurzego; po zranieniu był zupełnie przytomny, skarżył się tylko na dym przed oczami. Przez bardzo długi czas była to jedyna jego skarga. Nawet po zupełnem wyzdrowieniu uskarżał się on od czasu do czasu na występujący objaw mgły przed oczami, szczególniej zrana zaraz po wstaniu z łóżka.

Te same objawy spostrzegał i w 8 innych przypadkach ran czaszki z ubytkami kości czaszkowych. Ciekawe jest zdanie innego lekarza wojskowego, który skargę widzenia dymu przy ubytkach kości czaszki uważał za objaw, korzystnie rokujący o zachowaniu takich osobników przy życiu. Możliwe jest, że objawy obniżenia ciśnienia w czaszce po ranach postrzałowych czaszki dowodzą, że w czaszce (encephalon) niema sprawy zapalnej, wzmagającej ciśnienie.

(D. n.)

Oceny i sprawozdania.

H a n s M u c h. **Spezifische und unspezifische Reiztherapie. Moderne Biologie.** Curt Kabitzsch. Lipsk 1922. Cena 12 m. niem. W 14 krótkich rozdziałach przedstawił autor wyczerpująco dotychczasowe dane biologiczne, dotyczące działania i leczenia szczepionkami swoistemi i leczenia nieswoistego. Działanie obu tych sposobów uważa autor za jednakowe, t. j. za leczenie podrażniające. W pierwszych rozdziałach stwierdza niesprawdzenie się dawniejszych przewidywań o skuteczności leczenia szczepionkami swoistemi, który to sposób leczenia zastąpiło w zupełności leczenie nieswoiste; nieswoista bowiem podnieta może zadziałać zupełnie dobrze drogą pośrednią na swoistą odporność. Tylko w gruźlicy znaczenie leczenia swoistego jest jednak bardzo znaczne. W dalszych rozdziałach omawia autor znaczenie dawkowania, od tego bowiem zależy skuteczność leczenia. Szczepionka średnio silna, jednak biologicznie dobrze dawkowana, jest lepszą, niż szczepionka najlepsza, jednak źle dawkowana. Przy stosowaniu szczepionek swoistych, zwraca uwagę autor na swój sposób działania antigenów cząstkowych. W końcu omawia autor sposoby leczenia podrażniającego, jakoteż i znaczenie tego leczenia, polegające na wzmożeniu zdolności odczynowej skóry, pobudzenia sił ustroju i narządów odpornościowych i pośrednie dopiero zadziałanie na ognisko chorobowe. W krótkości, jednak wyczerpująco, rzeczowo i jasno, przedstawione dane o leczeniu podrażniającem, mogą w zupełności uczynić zadość potrzebie wiadomości o znaczeniu tego sposobu leczenia. *F. Walter* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Bakterjologja, higjena i odporność.

Przegląd epidemiczny.

Tom. I. Z. 1.

S. B u r t W o l b a c h i J. L. T o d d. **W sprawie etjologji duru osutkowego.** Autorowie podają wyniki badań nad t. zw. gorączką plamistą Gór Skalnych »Rocky Mountain Spotted Fever« oraz nad durem osutkowym w Meksyku. Badania nad »Rocky Mountain Spotted Fever« zostały przeprowadzone na małpach, królikach i świnkach morskich drogą zakażenia tych zwierząt krwią ludzi chorych jakoteż i za pośrednictwem kleszcza, (*Dermacentor venustus*), który normalnie tę chorobę przenosi. Autorowie stwierdzili, że choroba ta jest ostrym swoistym procesem zapalnym śródbłonka naczyń krwionośnych. W zmianach naczyniowych oraz w zakażonych kleszczach stwierdzono obecność wielopostaciowych pasorzytów (*Dermacentroxenus Rickettsi).*

Zmiany histo-patologiczne w przebiegu duru osutkowego w Meksyku są identyczne ze zmianami opisanemi w durze europejskim. W ściankach naczyń W o l b a c h i T o d d obserwowali pasorzyty, wyglądem swym bardzo zbliżone do wspomnianych wyżej pasorzytów gorączki plamistej, ustępujące jednak znacznie pod względem wielkości. Pasorzyty te występują parami i otoczone są jasną obwódką (halo).

W e i g l. **Badania nad Rickettsią Prowazeki.** W e i g l stwierdził, że Rickettsia Prowazeki znajduje się we krwi ludzi i zwierząt chorych na dur osutkowy. Drobnoustrój ten wraz z krwią dostaje się do przewodu pokarmowego wszy, co autor osiągnął doświadczalnie, wstrzykując do jelita wszy minimalne ilości krwi chorego na dur osutkowy w okresie gorączki. Tą drogą W e i g l wywołał u każdej normalnej wszy zakażenie Rickettsią Prowazeki. Dalsze doświadczenia stwierdziły, że:

1) zakażenie Rickettsią Prowazeki rozwija się jedynie tylko wewnątrz komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego, a nie w świetle jelita, jak to czynią inne Rickettsie, np. Rickettsia pediculi;

2) zakażenie Rickettsią Prowazeki można wywołać u normalnej wszy drogą doświadczalną przez karmienie ich krwią chorych na dur osutkowy;

3) jedynie tylko wszy zakażone Rickettsią Prowazeki posiadają zdolność przenoszenia duru osutkowego na zwierzęta;

4) świnki morskie po przebyciu zakażenia, wywołanego przez wstrzyknięcie krwi chorego na dur osutkowy, okazują się odpornemi względem zakażenia Rickettsią Prowazeki i odwrotnie.

A n i g s t e i n. **Wartość rozpoznawcza obrazu krwi w przebiegu duru osutkowego.**

Autor w pracy swej dochodzi do następujących wniosków:

1) ogólna ilość białych ciałek jest mało charakterystyczna dla duru osutkowego. Silna hyperleukocytoza (powyżej 20000) w pierwszym okresie choroby, jak również leukopenja poniżej 5000 przemawia przeciwko durowi osutkowemu;

2) w przebiegu duru osutkowego we krwi chorych występują typowe postacie leukocytów (ontogenetycznie młode) nadające obrazowi krwi charakter odnowy;

3) w końcu pierwszego tygodnia choroby stosunkowa ilość leukocytów z jądrami pałeczkowatemi dochodzi do 30 - 45% ogólnej liczby ciałek białych;

4) w drugim okresie choroby ilość leukocytów pałeczkowatych opada do 10%, przyczem wahania ich krzywej odpowiadają tendencji krzywej ciepłoty chorego;

5) brak eozynofilów przemawia za durem osutkowym, o ile ogólny mikroskopowy obraz krwi odpowiada wymienionym cechom;

6) własności obrazu krwi duru osutkowego służyć mogą jako środek pomocniczy w celu odgraniczenia w początkowym okresie choroby duru osutkowego od innych chorób zakaźnych o regeneracyjnym typie obrazu krwi.

Do wniosków tych autor doszedł na podstawie zbadania 250 preparatów krwi chorych na dur osutkowy, badając krew każdego chorego co 24 godziny.

H. W e y l a n d ó w n a i F. V e n u l e t. **O wzajemnym stosunku odczynów Widala i Weil-Felixa.**

Autorowie uodporniali króliki przez dożylne zastrzyknięcie hodowli laseczników duru i odmieńca. Niektóre króle szczepiono mieszaniną tych hodowli, inne zaś każdą oddzielnie. Hodowle te używano w stanie zabitym przez ogrzanie do 56° C, w ciągu pół godziny. Autorowie ci doszli do wniosków, że:

1) serologiczne zachowanie się królików uodpornionych prątkami duru i X_{19} odpowiada odczynom Widala i Weil Felixa u ludzi;

2) dodatni Widal przy durze brzusznym bywa swoisty po przebytym durze lub szczepieniu tyfusowym i nieswoisty powodowany zdolnością wieloaglutynacyjną surowicy chorych na dur osutkowy;

3) w przeciwieństwie do duru osutkowego u ludzi, u królików uodpornionych odmieńcem X_{19} aglutynacja laseczników duru brzusznego nie występuje, występowanie zaś w tych samych warunkach swoistego Widala jest zależne od istnienia u królików własności samoistnej aglutynacji osutkowej.

Raabe. **Studja nad muchą domową.** Praca ta zawiera studja robione nad biologją muchy domowej w jesieni i zimie. Podług wniosków autora mogą przetrwać zimę tylko jaja, czerw lub poczwarka. Zwłaszcza czerwie są bardzo wytrzymałe na zimno, mogą przetrzymać ciepłotę nawet poniżej 0°., o ile znajdują się w butwiejącej substancji. Muchy dojrzałe nie mogą zimować, w stanie uśpienia życie ich jest zależnie od obecności wody i ciepłoty powyżej 0°.

W. Szenajch. **Z epidemji influenzy w Warszawie.** Opis epidemji influenzy obejmuje okres od lipca 1918 do 21 lutego 1920 r. i zawiera 1189 przypadków śmiertelnych. Widoczną tutaj jest wybitna różnica między epidemją 1918/1919 roku, a nasileniem z roku 1919/1920: W latach 1918/1919 spostrzegamy stopniowy kilkunastotygodniowy rozwój i powolny spadek, podczas gdy w 1919/1920 następuje gwałtowny dwutygodniowy rozwój i szybki spadek epidemji infuenzy.

Z. 2.

L. Hirschfeld i H. Hischfeldowa. **Badania serologiczne nad rasami ludzkiemi.** Opierając się na twierdzeniu Landsteinera, iż w normalnej surowicy ludzkiej istnieją izo-aglutyniny, autorowie badali, czy we krwi rozmaitych narodów i ras są różne cechy, dające się wyrazić zapomocą metod serologicznych. Badania były przeprowadzone w Macedonji na żołnierzach armij europejskich oraz na niektórych rasach azyatycko-afrykańskich. Badania te wykazały, że cecha A (odpowiadająca grupie II-giej autorów anglo-amerykańskich) jest charakterystyczną dla ludów Europy — 40% — zaś cecha B (grupa III) — dla ludów azjatycko-afrykańskich. Stanowisko pośrednie zajmują arabowie, rosyanie i żydzi.

Między ludami europejskiemi najmniej B posiadają anglicy (10%), im dalej zachodu a bliżej wschodu, tem większa jest ilość B, która dochodzi wreszcie u indusów do 60%. Autorzy dyskutują możliwość podwójnego pochodzenia ras serologicznych, z których B pozostało na wschodzie (prawdopodobnie w Indjach), A w środkowej lub północnej Europie.

F. Przesmycki. **O typach meningokoków.** W pracy tej autor podaje, iż podczas ostatniej epidemji nagminnego zapalenia opon mózgowych w Warszawie 1919 i 1920 r. przeważał typ A dwoinek drętwicy karku — 85%. — W różniczkowaniu, uważając metodę Bordet-Gengou i fermentację cukrów tylko jako środek pomocniczy, posługiwał się autor aglutynacją, używając surowic aglutynacyjnych, otrzymanych przez dożylne uodpornianie króli świeżemi hodowlami.

F. Venulet. **Epidemjologja przypadku cholery w Łodzi 1919 r.** Autor opisuje przypadek cholery zawleczony z Kowla, który, pomimo istnienia nosicieli i złych warunków sanitarnych, nie przyczynił się do rozszerzenia cholery. Autor przypisuje to zmniejszonej zjadliwości wyosobnionego szczepu, co doświadczalnie stwierdził na zwierzętach.

Z. Milińska. **Badania nad diplostreptococcus epidemicus.** Badania nad ostatnią pandemją influenzy w Warszawie z końcem 1919 r. i z początkiem 1920 r. wykazały obecność *diplostreptococcus epidemicus* prawie w każdym przypadku (na 66 przypadków wyhodowano je w 57). Badania nad *diplostreptococcus epidemicus* dały spostrzedz, iż najbardziej charakterystyczną cechą jest zmienność form, pod względem zaś zachowania się na cukrach dadzą się podzielić na pięć grup, których wspólną wybitną cechą jest hemoliza, dająca się określić, podług autorów amerykańskich, jako »beta«.

St. Sierakowski. **O powikłaniu czerwonki odmieńcem.** Badając kały chorych na czerwonkę autor wyosobnił w kilku przypadkach sam szczep Shiga-Kruze, w innych zaś sam szczep odmieńca lub też szczep Shiga-Kruze i odmieńca równocześnie i spostrzegł, iż obecność odmieńca wpływa bardzo ujemnie na przebieg czerwonki. Stosowanie surowicy przeciwczerwonkowej w przypadkach, gdzie wyosobniono odmieńca, nie wykazało dodatniego wpływu, pomimo, iż zastrzykiwano w dość wczesnem stadjum i w ilościach bardzo dużych.

F. Venulet. **Dalsze spostrzeżenie w dziedzinie serodjagnostyki syfilisu** (Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi). Autor widzi w odczynie Meinicke nową erę w serodjagnostyce syfilisu, twierdząc, iż odczyn Meinickego może zastąpić odczyn Wassermanna, jednak dla celów praktycznych radzi wykonywać jednocześnie obydwa odczyny. Odczyn Sachsa i Georgi'ego nie posiada samodzielnego znaczenia, ponieważ ulega wahaniom i nie zawsze daje reakcje swoiste.

L. Anigstein. **Żółtaczka zakaźna w świetle ostatnich badań.** W pracy tej autor opisuje przebieg kliniczny żółtaczki zakaźnej, jej etjologię, jak również i morfologię zarazka, wywołującego tę chorobę. Co się tyczy morfologji, to istnieją dwa poglądy: 1) Zülzer zalicza krętek Weila do właściwych spirochet, których główną cechą morfologiczną jest obecność nici osiowej na końcach zaopatrzonej w ziarenko; 2) Noguchi nie uznaje zarówno nici osiowej, jak i nitki końcowej. Zdaniem zaś autora badacze europejscy i amerykańscy posiadali rzeczywiście dwie różne odmiany tego samego zarazka, które nietylko różnią się morfologicznie, lecz i patogenetycznie, a mianowicie: szczep japoński wywołuje do 30% śmiertelności, podczas gdy w Europie umierało wszystkiego 3%. *Z. Milińska* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.

Styczeń 1922.

L. Reynolds i C. W. Mc. Clure. **Rentgenologicznie stwierdzone ruchy prawidłowego żołądka oraz przy bolesnym wrzodzie żołądka.** Spostrzeżenia na ludziach zdrowych stwierdzają, że odźwiernik otwiera się (po każdorazowem zbliżeniu się doń fali ruchu robaczkowego) miarowo, co 20 sekund. Wypróżnienie całkowite następowało po 5 godzinach, w jednym tylko przypadku po 7 godzinach. Ruch na żołądkach z wrzodami przedstawiał kilka rodzajów nieprawidłowych, a to: 1. zbytni i 2. niemiarowy ruch, 3. częściowy lub chwilowy albo 4. stały kurcz odźwiernika, 5. ruch robaczkowy w przeciwnym kierunku, 6. opóźnione lub 7. zbyt szybkie wypróżnienie. Początek bólu przypadał na początek jakiegokolwiek z tych prawidłowych ruchów. Nie można jednak uzależnić bólu jedynie od ruchów, jak to czynią Carlson i Hardt, ani od rozdęcia żołądka z powodu gwałtownego skurczu powyżej miejsca rozdętego, jak to czyni Hurst. W większości przypadków widać czasowy związek bólu z ruchami robaczkowemi, a leki, jak dwuwęglan sodowy, działają na obydwa objawy równocześnie, gdyż z bolem znikają wtedy i ruchy nieprawidłowe, istnieją jednak spostrzeżenia prawidłowych ruchów z bólem a skurczu odźwiernika zupełnie bez bólu. Nie wolno tedy jeszcze twierdzić o przyczynowym związku między obydwoma procesami.

S. O. Freedlander i C. H. Lenhart. **Spostrzeżenia kliniczne nad krążeniem włoskowatem.** Autorzy badali pod mikroskopem, metodą Weissa naczynia włoskowate u brzegu paznokcia. (Arch. f. kl. M. 3: 119, 1916 i M. m. W. 64: 609, 1917). Można rozpoznać odruch naczynio-ruchowy po włożeniu ręki do zimnej wody w skurczu przedwłoskowatych tętniczek i żył, 2. zupełny zastój w krążeniu włoskowatem podczas wstrząsu i zapadu, 3. powolne i słabe krążenie podczas krwawienia, 4. ogromny zastój przy niewyrównanych wadach serca, 5. tętno pod paznogciami jako tylko wrzekomowłoskowate, gdyż tętnią właściwie małe tętniczki, 6. nadmierny stan napięcia tętniczek przy przewlekłych cierpieniach nerek, ustępujący po azotynie amylowym, oraz 7. wydłużenie, zwężenie i skręcenie naczyń włoskowatych w miażdżycy tętnic. Nie stwierdzono żadnych zmian przy zatruciach, rzekomo uszkadzających naczynia włoskowate, t. j. rtęcią, salwarsanem

itd., ani t. zw. *„capillaritis“*, opisywanej przez Weissa, przy ostrem zapaleniu nerek i płonicy.

W. S. Mc. Cann. **Zapotrzebowanie białka w gruźlicy.** U 10 chorych na gruźlicę płuc zbadano podstawową przemianę materji, zapotrzebowanie kaloryj oraz równowagę azotową, celem oznaczenia najmniejszej ilości białka, pozwalającej jeszcze na dodatni bilans azotowy; przy niedoborze białka oznaczono potrzebną ilość tłuszczu i węglowodanów ze względu na ich własność »oszczędzania białka«. Okazało się, że najmniejszy wydatek azotu (2,5—4,5 g na dzień, a 0,041—0,093 g na kg wagi) powoduje djeta, przewyższająca 1,1—2,4 razy podstawowe zapotrzebowanie osobnika, a zawierająca 39—70% kaloryj w postaci węglowodanów. Bilans azotowy dodatni można odzyskać, podając 37—44 g białka, w połowie zwierzęcego, oraz wielkie ilości węglowodanów i tłuszczów, przewyższające wartość kaloryczną podstawowego zapotrzebowania 1,7—2,4 krotnie. O ile bilans pozostaje ujemnym, to prawdopodobnie z powodu niezdolności ustroju strawienia tak wielkich ilości pokarmu, a nie z powodu zwiększonej przemiany materji w gruźlicy. Jeżeli ogólna djeta zawiera tyle węglowodanów i tłuszczów, że suma kaloryj wynosi mniej jak 1,7 razy podstawowe zapotrzebowanie, to celem uzyskania równowagi azotowej, trzeba podać 60 -90 g białka. Wynika stąd, że optimum dla obłożnie chorego wynosi 60—90 g białka, a w sumie 2500 kaloryj. Każdy ruch wymaga dalszych dodatków tłuszczu i węglowodanów.

J. A. E. Eyster i G. E. Fahr. **Spostrzeżenia nad wpływem chinidyny na migotanie przedsionków.** Opis dwóch przypadków migotania; w pierwszym, połączonym z organicznem schorzeniem serca i niedomogą mięśnia, chinidyna wywołała podmiotowo bicie serca i duszność, przedmiotowo trzepotanie na przemian z migotaniem, przyśpieszenie tętna i ogólny wzrost niedomogi. Musiano odstawić lek, rozpocząć leczenie naparstnicowe, które poprawiło znacznie stan ogólny, aczkolwiek nie zniosło migotania. W drugim przypadku migotania pogrypowego u młodzieńca bez innych objawów ze strony serca — chinidyna w ogólnej ilości 2,50 g podanej w przeciągu 3 dni doprowadziła poprzez trzepotanie do trwałej miarowości. Wyniki zgadzają się ze znanemi dotychczas, podającemi 50% usunięcia m. a to drogą poprzez trzepotanie, stanowiące może przyczynę ciężkich czasem objawów. Czasem serce równoważy wpływy migotania na krążenie w sposób zadowalający, szczególnie przy pomocy naparstnicy, a usunięcie nagłe niemiarowości wywołuje niepotrzebne zaburzenia równowagi, jak to pokazał przypadek pierwszy. Możliwe jest także, że chinidyna zmniejsza kurczliwość mięśnia. Drugi przypadek pokazuje, że w migotaniu bez innych objawów sercowych siła zapasowa serca pozwala na bezkarne przeprowadzenie serca poprzez stan przejściowy chwilowej niedomogi w krążeniu. Chinidynę wolno tedy stosować tylko w szpitalu przy odpowiedniem ciągłem badaniu stanu krążenia zapomocą sposobów fizykalnych i elektrokardjografji.

E. Weiss. **Gruźlica serca.** Opis obrazu klinicznego i sekcyjnego u dwóch młodych, dorosłych murzynów. Objawy kliniczne i badanie fizykalne były niejasne, wskazywały w jednym przypadku na wysięk opłucnej, powiększenie serca, w drugim na ognisko płucne. Sekcje wykazały ogromne gruźlicze włóknistoserowate nacieczenia gruczołów klatki piersiowej, ogarniające osierdzie a w pierwszym przypadku i mięsień sercowy. Płuca były prawie zupełnie wolne, natomiast stwierdzono w pierwszym przypadku podobne nacieki w narządach brzusznych, w drugim powiększone gruczoły krezkowe. Piśmiennictwo poucza, że zajęcie serca następuje wtórnie po zajęciu gruczołów śródpiersia. Ciekawe jest ograniczenie procesu na gruczoły chłonne, prawie zupełny brak zmian w płucach i trudności w rozpoznaniu.

J. Wynn. **Spostrzeżenia nad wśródżylnemi wstrzykiwaniami hypertonicznych roztworów soli w przypadkach kiły nerwowej.** Doświadczalnie stwierdził Weed, Mc. Kibben i i., że wstrzyknięcie hypertonicznego roztworu soli powoduje u kota obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, a z tem przemieszczenie dużej ilości płynu podpajęczynowego do wnętrza samych ośrodków nerwowych. Foley podał tedy myśl lepszego wprowadzenia roztworu salwarsanowego lub arsfenaminowego, wstrzykniętego do kanału rdzeniowego, do ośrodków przez równoczesne wstrzyknięcie dożylne hypertonicznego roztworu soli. U kota okazało się rzeczywiście, że wtedy płyn rozdziela się szybko w układzie nerwowym. U człowieka wstrzyknięcie dożylne roztworu soli wywołało rzeczywiście znaczny spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, zastosowanie tego zabiegu podczas dokanałowego podania (arsfenamino) roztworu fizjologicznego soli zwywołało znaczne rozszerzenie naczyń skórnych, wrażenie gorąca i silne bole głowy, spowodowało zaś w niektórych przypadkach pogorszenie objawów, a nigdy nie widziano jakiejkolwiek poprawy. Sposób ten ma tedy wprawdzie teoretyczne uzasadnienie, żadnego jednak praktycznego znaczenia nie posiada.

R. B. Gibson, F. T. Martini i Mary Van Rennselaer Buell. **Badanie przemiany materji w przypadkach postępowej rzekomo-przerostowej dystrofji mięśniowej i innych zaników mięśniowych.** Zbadano 7 przypadków postępowej rzekomo-przerostowej dystrofji mięśni, po jednym przypadku ciężkiego osłabienia mięśni (myastenji), zaniku mięśniowego po ostrem zapaleniu przedniej istoty szarej i zapalenia mięśni kostniejącego. Jako znamienne cechy dystrofji znaleziono zmniejszone wydzielanie kreatyniny, kreatynurję i niezupełne zniszczenie podanej kreatyny. W większości przypadków otrzymano hypoglikemję i niedomogę tworzenia się glikogenu, ale widziano też i prawidłową ilość cukru we krwi. Potwierdzono zapatrywanie Mc. Cruddena, że obecność kreatynurji odróżnia dystrofję od myastenji, w której znaleziono prawidłową ilość cukru we krwi, brak kreatynurji, opóźnione magazynowanie cukru. W przypadku zaniku pozapaleniowego znaleziono kreatynurję, prawidłowe liczby dla cukru we krwi i normalne tworzenie glikogenu. W przypadku kostniejącego zapalenia mięśni stwierdzono zmniejszone wydzielanie kreatyniny ale bez kreatyny w moczu, zwiększone wydzielanie kwasu moczowego oraz dodatni bilans azotowy, wapniowy, magnezowy. Wpływ gruczołów dokrewnych (szyszynki, wzgl. przysadki) na powstawanie dystrofji wymaga dalszych badań przemiany materji i anatomicznych w podobnych sprawach materji. Przypuszczalnie kreatynurję powoduje zmniejszenie się masy mięśni, gdyż najwięcej się zaznacza w największych zanikach, gdzie też najwięcej znajduje się w moczu doustnie podanej kreatyny.

Tabliczka podaje różnicowanie:

	Kreatynurja	Cukier we krwi	Znoszenie cukru
Postępowa dystrofja	jest	nizki	zmniejszone
Myastenje	niema	nizk. lub prawidł.	zmniejszone
Zanik mięśni	jest	prawidłowy	prawidłowe

Autorzy podają, że w piśmiennictwie polecone leczenie nadnerczem i wapniem nie odniosło żadnego wyniku w ich przypadkach.

Ph. L. Marsh, L. H. Newburgh i L. E. Holly. **Utrzymanie równowagi azotowej w cukrzycy.** Czyniąc zadość żądaniu obniżenia ilości białka w djecie cukrzycowej, trzeba jednak pozostawić tyle białka, aby umożliwić równowagę azotową. Pozatem ogólna ilość kaloryj musi być wystarczająca, by białko zostało użyte tylko do odbudowy tkanek, a nie do wytworzenia ciepła. Tłuszcz oszczędza białko, w większej jeszcze mierze węglowodany. Zwierzę z zapasem tłuszczu spala tę samą ilość tłuszczu bez względu na to, czy mu się poda tłuszcz, czy też zmusza do spalania własnego tłuszczu. To też duży zasób tłuszczu oszczędza białko tkankowe, podobnie jak podany tłuszcz. Po djecie obfitej w białko, wydziela się jeszcze przez kilka dni więcej azotu, niż w dniach po djecie ubogiej w białko. Do zapotrzebowania kalorycznego trzeba jeszcze doliczyć kalorje, potrzebne do przemiany materji samego pokarmu, t. zw. działanie specyficznie dynamiczne, które dla białka wynosi 25—35%, dla tłuszczu 12%, dla węglo-

wodanów 6% kaloryj pokarmu wessanego. Praca zwiększa ogólną, ale nie białkową przemianę materji, o ile innych składników jest dosyć. Dzieci spotrzebowują więcej niż dorośli, między płciami różnicy niema. Gorączkowe choroby zwiększają znacznie niszczenie białka. Djeta cukrzycowa musi się tedy oprzeć na tych zasadach. Zwiększona niekiedy azoturja przy cukrzycy pochodzi, według Noordena, z wielkiej ilości białka w pospolitej djecie cukrzycowej, albo ze skłonności chorego zastępowania białkiem kaloryj węglowodanowych, utraconych w moczu. Weintraud wykazał zaś, że tłuszcz i w tej chorobie oszczędza wydzielanie azotu; w jego przypadkach mniejsze podawanie tłuszczu natychmiast spowodowało ujemny bilans azotowy. Nadmierne wydzielanie azotu u psów, pozbawionych trzustki (Falta), przypisywać należy charłactwu, a nie powstałej cukrzycy. Psy Allena, pozbawione trzustki a forsownie odżywiane, wykazywały stan podobny do ludzkiej cukrzycy bez podwyższenia przemiany azotowej. Na tych zasadach ustalono djetę, zawierającą średnio 0.68 g. białka, 3.28 g tłuszczu, 0.32 g. węglowodanów na kg. wagi ciała. W ten sposób umożliwiano obniżenie poziomu cukru we krwi, usunięcie cukromoczu, a równocześnie równowagę azotową. Djeta ta posiada wyższość nad djetą głodową Allena, gdyż chory tłusty coprawda spalaniem własnego tłuszczu oszczędza własne białko, chudy jednak musi spalać białko własne, przyczem wytwarza cukier zupełnie tak, jak z białka podanego w pokarmie. To też łatwiej odcukrzyć chorych, podając dużo tłuszczu i nieco węglowodanów, niż głodem. Autorzy podają 12 przykładów lżejszej i cięższej formy, które doprowadzili zapomocą djety na powyższych zasadach zbudowanej do odcukrzenia i równowagi azotowej.

De Wayne, G. Richey i W. W. G. Maclachlan. **Drobnoustrojowe tętniaki zatorowe w tętnicach obwodowych.** Dwa przypadki, spostrzegane klinicznie i sekcyjnie. W jednym zgon nastąpił nagle wśród objawów bolu w dołku podsercowym z powodu pęknięcia tętniaka tętnicy krezkowej górnej, w drugim stwierdzono za życia wadę zastawkową i łańcuszkowca ślinowego (*Streptococcus salivarius*) we krwi i duży guz tętniący pod prawem kolanem. Chory umarł wśród objawów ogólnego zakażenia a sekcja stwierdziła tętniak tylnej tętnicy goleniowej. W obu przypadkach powodem było zapalenie wsierdzia, prawdopodobnie drobnoustrojowego pochodzenia, chociaż tylko w jednym przypadku otrzymano bakterjologiczne potwierdzenie. Eppinger tłumaczy powstanie tętniaków odczynowem zapaleniem ścian naczynia z powodu zakaźnego zatoru, przechodzącem z błony wewnętrznej aż do zewnętrznej i powodującem pęknięcie wewnętrznej błony sprężystej, a tem samem rozszerzenie tętnicy. Benda przypuszcza też możliwość zakażenia przerzutowego drogą naczyń naczyniowych, autorzy zaś uznają możliwość kombinacji obu sposobów powstawania. Pamiętać należy o tem, że cierpienie jest tylko jednym z objawów podostrego drobnoustrojowego zapalenia wsierdzia, wszelkie tedy zabiegi chirurgiczne przy takich obwodowych tętniakach są bezowocne, a nawet szkodliwe. *Ziemilski.* (Lwów).

Choroby dzieci.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

T. XXII. Z. 2. i 3. 1921.

G. Kuntze. **Podściółka tłuszczowa i stan odżywienia u dzieci.** W r. 1920 przeprowadził autor na przeszło 1000 dzieciach lipskich szkół powszechnych pomiary podściółki tłuszczowej na brzuchu według Federa, które w przecięciu były o połowę mniejsze, niż pomiary Neumanna za czasów pokoju, a cztery razy mniejsze od pomiarów Batkin'a na dzieciach szwajcarskich. K., mierząc wiosną i jesienią stwierdził, że u chłopców przez lato podściółka tłuszczowa maleje a u dziewcząt się zwiększa. Metoda ta ułatwia określenie stanu odżywiania razem z wyglądem, wagą i wzrostem lecz podlega również błędom, jak wszystkie inne podobne metody.

H. Beumer i H. Hellwig. **O znaczeniu śledziony w przypadkach zastrzykiwania adrenaliny i sodu nukleinowego.** Badania doświadczalne na 2 królikach w pracowni kliniki dziecięcej w Düsseldorfie wykazały, że w 15—45 min. po zastrzyknięciu 1 mg adrenaliny występuje względna i zupełna limfocytoza, po której później następuje leukocytoza wielojądrzasta. Zjawisko to nie ulega zmianie w razie poprzedniego wywołania silnej leukocytozy za pomocą zastrzyknięcia sodu nukleinowego. Tesame doświadczenia powtórzone u tychsamych królików po wyjęciu śledziony, dowiodły, że zabieg ten nie wpływa bynajmniej ani na ilość hemoglobiny ani na ilość ciałek czerwonych krwi.

C. Thieman. **Nietypowy krztusiec i rozpoznanie bakterjologiczne.** Autor poszukiwał w 4 przypadkach nietypowego krztuśca u niemowląt prątków Bordet-Gengou'a. W jednym przypadku otrzymał wynik ujemny, w 3 zaś znalazł prątki, choć w jednym dopiero po kilkakrotnem poszukiwaniu. Prątki wyrastały na agarze krwawym Schottmüllera i były aglutynowane przez surowicę ozdrowieńców. Badania te miały tylko znaczenie teoretyczne, gdyż przychodziły zawsze za późno. Równocześnie badana krew wykazała tylko w jednym przypadku powiększenie liczby białych ciałek do 42100 i limfocytów do 76% a w drugim 31900 białych ciałek lecz nietypowy odsetek (52%) wielojądrzastych.

Marta Bardach. **O nagminnem zapaleniu mózgu u dzieci.** Epidemja zapalenia mózgu, która w Niemczech panowała przez cały rok 1920, nawiedziła Düsseldorf w bardzo słabym stopniu i trwała w zmiennem, nie związanem z porą roku, nasileniu przez rok 1921. W maju t. r. leżało w wszystkich szpitalach Düsseldorfu tylko 35 chorych na zapalenie mózgu a w tem 13 dzieci w akademickiej klinice dziecięcej. Autorka opisuje wszystkie spostrzegane objawy w sposób bardzo dokładny. Pomiędzy objawami wtórnemi spostrzegano w jednym przypadku obraz Parkinsona. Leczenie było zawsze bezowocne. Rokowanie uważa autorka zawsze za ciężkie; z jej przypadków 2 zakończyły się śmiercią. Związek etjologiczny z grypą autorka neguje.

A. Schulte. **O znaczeniu objawu twarzowego (Chvostka) w wieku szkolnym.** Autor badał ogółem 1648 dzieci na istnienie objawu Chvostka i to 881 z obu szkół ludowych miejskich a 767 wiejskich. Ze wszystkich znalazł go w 139 przypadkach (8,4%) a mianowicie u 96 czyli 11% dzieci miejskich a tylko u 43 czyli 5,6% dzieci wiejskich t. zn. prawie o połowę mniejszy odsetek. Stan ten tłómaczy autor gorszemi warunkami mieszkaniowemi i odżywczemi dzieci miejskich. Ze 127 przypadków równocześnie badanych na pobudliwość elektryczną w 74 tj. 58% wykrywano ją. Latem powtórzone badania stwierdziły mniej częstą pobudliwość mechaniczną nerwu twarzowego a za to częstszą pobudliwość elektryczną. Porównując te wyniki z danemi anamnestycznemi co do kurczów i z badaniem matek na objaw Chvostka (na 40 dodatnich 16) stwierdza autor, że w $^2/_3$ przypadków zachodzi skaza tężyczkowa czyli że objaw twarzowy ma również znaczenie w wieku szkolnym. Co do płci znajdował objaw ten u 11% chłopców, 7,8% dziewcząt.

Géza Petényi. **W sprawie przeciwciał w mleku matczynem.** Z 4 niemowląt od 1—5 miesięcy, wystawionych na zakażenie odrą, a karmionych piersią, nie zachorowało żadne. Z 10 sztucznie odżywianych starszych niemowląt, które odry nie przechodziły, po dwukrotnem częściowo narażeniu na odrę i zastrzyknięciu 10 ccm mleka kobiecego względnie siary, zachorowało 3. Przeciwciała znajdują się w mleku tylko krótko po porodzie.

Hirsch i Moro. **W sprawie teorji o gorączce solnej.** Już dawniejsze badania autorów wykazały, że gorączka solna, która nie ma nic wspólnego z gorączką wywołaną przez serwatkę i cukier, powstaje zawsze przez podanie większej ilości soli kuchennej do przewodu pokarmowego a tylko w specjalnych przypadkach przy podaniu dożylnem soli. Doświadczenia Lövegren'a, który przez zastrzykiwanie soli do żyły bramnej wywoływał zawsze gorączkę w przeciwieństwie do zastrzyków dożylnych na obwodzie, wykazały, że decydującą rolę odgrywa tutaj wątroba. H. i M. chcieli swoje przypuszczenie, że w wątrobie sól działa na zakończenia nerwu współczulnego, potwierdzić doświadczalnie, gdy Usener wapniem zatamował cukromocz adrenalinowy u królika w 14 dni po przecięciu nerwów trzewnych i wywnioskował, że skutek ten musi polegać na działaniu obwodowohamującem wapnia na zakończenia nerwu współczulnego w wątrobie. Na podstawie

tego wniosku i zupełnego antagonizmu pomiędzy jonami sodu i wapnia wyjaśniają H. i M. cukromocz solny jako podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego w wątrobie, i w ten sam sposób tłumaczą gorączkę solną, która według H. Freund'a jest »zaburzeniem równowagi w autonomicznym systemie nerwowym na korzyść nerwu współczulnego«.

Fr. Ksawery Cieszyński (Warszawa).

Fortschritte der Medizin.
1921. R. 39. Nr. 28. — 30.

A. Czerny. **Mleko suszone w odżywianiu dzieci.** Mlekiem suszonem można w zupełności zastąpić świeże, jeżeli ono odpowiada 3 warunkom, tj.: 1) jeżeli łatwo rozpuszcza się w wodzie, 2) jeżeli można je przechowywać przez tygodnie i miesiące, i nie traci na dobroci, 3) jeżeli nie zmienia się ani smak ani zapach mleka ani własności chemiczne mające znaczenie dla odżywiania. Do tych zalet mleka suszonego, które pozwalają na łatwe przewożenie go na wielkie odległości a zwłaszcza z okolic rolniczych do ośrodków wielkomiejskich i przemysłowych i przechowywanie go bez specjalnych chłodni przez długi okres czasu, dochodzi jego jałowość, która zawsze jest większa niż w mleku świeżem, ponieważ zarazki bez wilgoci nie mogą się rozwijać. Istnieje jedynie obawa teoretyczna przed rozwojem gnilca przy wyłącznem karmieniu suszonem mlekiem, chociaż spostrzeżeń takich dotychczas niema. Dla wszelkiej pewności dodawał autor dzieciom żywionym mlekiem suszonem w klinice berlińskiej trochę świeżego soku owocowego. Z drugiej strony udawało się w jego i w wiedeńskiej klinice wyleczyć dzieci z objawami gnilca mlekiem suszonem tak jak świeżem.

S. Rosenbaum. **Spostrzeżenia w przypadkach zatrucia sublimatem.** W klinice dziecięcej w Marburgu spostrzegano szczegółowo 2 przypadki zatrucia sublimatem u niemowląt, którym w celu leczenia kiły dziedzicznej wstrzyknięto domięśniowo 0,06 zamiast 0,006 wzgl. 0,07 zamiast 0,007 tego środka przez pomyłkę. Objawy zatrucia wystąpiły już w pół godz. po zastrzyknięciu w postaci złego samopoczucia, kilkakrotnych wymiotów i rozwolnienia. Następnego dnia już był zupełny bezmocz, trzeciego dnia kilka kropel moczu, w których stwierdzono rtęć, białko, wałeczki z kuleczek tłuszczowych, liczne białe i nieliczne czerwone ciałka krwi. Później dziecko oddawało mocz w ilości 200 ccm., lecz mimoto o ciężarze właściwym 1007—1011. Obrzęki jednak były zaledwie dostrzegalne, zawartość wody we krwi podniosła się w drugim przypadku z 86,8% do 94,0% a ciśnienie krwi do 160. Mimo zatrzymywania składników rozpadowych nie było ogólnej mocznicy, tylko w pierwszym przypadku, w którym dziecko cierpiało na tężyczkę, wystąpiły 11 dnia kurcze drgawkowe górnych kończyn i porażenie lewego nerwu twarzowego, które trwały przez 3 dni aż do śmierci i które autor uważa za objaw mocznicy rzucawkowej. Prawie zupełny brak obrzęków tłómaczy autor przeciwobrzękową działalnością rtęci. Pod koniec wystąpiło owrzodzenie podniebienia i zaczerwienienie śluzówki jamy ustnej. Na sekcji znaleziono przerost serca, zgrubienie śluzówki prostnicy i typowe zmiany zwyrodnienia w nerkach.

Fr. Ks. Cieszyński. (Warszawa)

Monatsschrift f. Kinderheilkunde.
XXI. Z. 3. 1921.

Krüger. **Czas zalegania pokarmu w żołądku oseska w warunkach fizjologicznych i patologicznych.** Badania czasu wypróżniania się treści żołądkowej u przeszło 100 zdrowych i chorych osesków, przeprowadzone zapomocą prześwietlenia wykazały następujące wyniki:

U osesków zdrowych, karmionych piersią treść żołądkowa przebywa do $3^1/_2$ godzin po spożyciu, zaś u karmionych mlekiem krowiem nierozcieńczonem do 4 godzin. Inne mieszaniny mleczne wykazały u osesków zdrowych następujące okresy czasu przebywania w żołądku: Mleko w połowie rozcieńczone do $3^1/_2$ godz., zaprażka z mąki, masła, cukru i mleka do 4 godz., mleko z masłem do 4 godz., mleko białkowe do 4 godz., papka na mleku nierozcieńczonem do $4^1/_2$ godz. Prześwietlania osesków chorych na zaburzenia w trawieniu dały te same wyniki, jak u zdrowych za wyjątkiem przypadków kurczu odźwiernika, u których wystąpiło znaczne opóźnienie wypróżnienia treści żołądkowej, aż do 8 godzin, zwłaszcza przy pokarmie o znacznej zawartości tłuszczu, przyczem pokarm gęsty wypróżniał się szybciej, aniżeli płynny. Znaczne zwolnienie ruchomości żołądkowej wykazały oseski o konstytucji mniej wartościowej, po przewlekłych zaburzeniach odżywiania. Łaknienie nie wpływa na czas przebywania treści żołądkowej.

Behrens. **Przypadek zatrucia żywnościowego przez przekarmienie białkiem przy braku węglowodanów.** Przyczynek do badań Moro'a w kierunku wyświetlenia genezy zatrucia żywnościowego, które wykazały, że nie węglowodany, lecz białko, a raczej jego produkty rozpadu, wchłonięte przez pierwotnie uszkodzoną przez węglowodany ścianę jelit, wywołują zatrucie organizmu. Autor przytacza spostrzeżenie kliniczne u 8 miesięcznego oseska o następującym przebiegu: Przez 2 tygodnie zaburzenia odżywiania leczone djetą węglowodanową bez objawów zatrucia. Po 3-dniowem podawaniu strawy wyłącznie białkowej nagle wystąpiły objawy zatrucia z gorączką i zamroczeniem przytomności, które po usunięciu białka i dodaniu cukru ustąpiły. Badania te nie wyświetlają mechanizmu zatrucia.

Hescheles. (Lwów).

Chirurgja.

Presse médicale N. 53.

Georges Audain. **Czego nie należy lekceważyć przed zabiegami chirurgicznemi?** Autor zwraca uwagę, że nakazane przez zwyczaj badania, poprzedzające zabieg chirurgiczny w uśpieniu, chybiają celu. Jego zdaniem niezbędne jest badanie moczu, układu sercowo-naczyniowego i krwi, lecz wykonywane w sposób następujący: 1) Mocz zwykle badało się na białko i cukier. Otóż, pomijając ciężkie stany białkomoczu i cukrzycy, obecność tych składników nie jest jeszcze przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego. Natomiast więcej uwagi poświęcić należy obecności acetonu i kwasu acetooctowego, a zwłaszcza urobiliny, ta bowiem świadczy o czynnościowej niedomodze wątroby i wyklucza wskutek tego stosowanie uśpienia chloroformowego. 2) Badanie układu sercowo-naczyniowego ogranicza się zwyczajnie do badania serca. Znowu pomijając ciężkie wady, mniejsze, wyrównane nie stanowią przeciwwskazania dla uśpienia. Natomiast badanie ciśnienia daleko lepsze daje pojęcie o sprawności serca i naczyń. Zapomocą przyrządu Vaquez-Laubry'ego dane przeciętne są następujące: ciśn. najwyż. 12—13, ciśn. najn. 7—8. Ciśn. najw. poniżej 11 i ciśn. najn. poniżej 6 są nieprawidłowe i chory taki musi kilka dni przed zabiegiem otrzymywać wyciąg z nadnerczy bądź do ust 30 kropli 3 razy dziennie, bądź pod skórę 10—15 kropli roztworu 1:1000. Lian słusznie zwrócił uwagę na cenność wskazówek, jakie nam daje wzajemny stosunek liczb ciśnienia najwyższego i ciśnienia najniższego. Mianowicie u chorego z ciśnieniem wzmożonem ciśnienie najniższe równać się powinno 2+ połowa ciśn. najwyższego. U osób z ciśn. nizkiem ciśn. najn. = 1+ połowa ciśn. najw. Zbliżenie się wzajemne liczb ciśn. najw. i najn. jest wskazówką niedomogi sercowej i nakazuje leczenie nasercowe przed i po zabiegu. 3) Badanie krwi pozwala nam wytworzyć dobre pojęcie o stanie sił obronnych ustroju. O ile liczba białych ciałek krwi spada poniżej 6000, chory znajduje się w stanie obrony upośledzonej. Musimy starać się zwiększyć leukocytozę przez zastrzykiwanie mu 20 ccm. elektrargolu lub 6 cm. lantolu, lub wreszcie w przypadkach cięższych nuklinian sodowy. A więc gdy jest urobilina, nie należy stosować chloroformu, gdy ciśnienie jest obniżone, należy stosować wyciąg z nadnerczy, gdy ciśn. najw. i najn. są zbliżone, należy leczyć serce, gdy ilość leukocytów jest mała, należy zwiększyć ilość białych ciałek krwi.

Presse medic. 1921. N. 86.

René Leriche et Jean Haour. **Sposób oddziaływania wycięcia zwojów i nerwów współczulnych wokółtętniczych na gojenie się tkanek i zabliźnienie ran.** Wpływ wycięcia zwojów i nerwów współczulnych na zabliźnienie się ran i owrzodzeń jest obecnie rzeczą ustaloną i przykłady tego wpływu stają

się coraz liczniejsze. Na podstawie doświadczenia można stwierdzić, że wpływ ten polega na rozszerzeniu naczyń obwodowych, które powstają poniżej tętnicy, na której dokonano wycięcia splotu współczulnego, w parę godzin po zabiegu. Jak wykazał Heitz, towarzyszy mu wzmożenie ciśnienia obwodowego i podniesienie miejscowe ciepłoty. U królika, po jednostronnem wycięciu zwoju szyjnego, na obydwóch uszach w odpowiednich zupełnie miejscach zrobiono dwie zupełnie identyczne co do wielkości i głębokości rany. Po stronie, gdzie wycięto zwój współczulny rana jest soczystsza, lepiej ukrwiona, ziarnina ma wygląd lepszy, naskórek prędzej się nasuwa na ranę. Na dziewiąty dzień rana jest zabliźniona, na drugiem uchu — na piętnasty. Blizna po stronie, gdzie dokonano wycięcia, jest ruchoma, cienka, gładka, odpowiada wymiarom rany, po stronie drugiej jest grubsza i nieco skurczona. Tego wyraźnego wpływu na gojenie się ran nie można przypisać oddziaływaniu nerwowemu, lecz li tylko zmianom w krążeniu krwi, powstałym wskutek zabiegu. Zmianie ukrwienia przypisać należy przyśpieszenie gojenia, t. zw. owrzodzeń odżywczych i ran gnuśnych (*atonicus*), po wycięciu zwojów i nerwów współczulnych.

A. C. Guillaume. **Rokowanie w ostrej niedrożności jelit.** Presse médicale 1921. N. 83.

Autor wykonał bardzo żmudną, lecz i bardzo potrzebną pracę, opracował bowiem dane statystyczne z piśmiennictwa i swoje własne, tyczące się ostrej niedrożności jelit. Artykuł prawie całkowicie składa się z danych liczbowych i dlatego do streszczenia się nie nadaje; jednakże najważniejsze dane zasługują na przytoczenie. Śmiertelność ogólna wynosi 63,2% (dane tyczą się tylko przypadków operowanych). Zestawienia z lat ostatnich wykazują nieco mniejszą śmiertelność, a to z powodu: 1) ulepszeń techniki operacyjnej i 2) wcześniejszego rozpoznania i operowania. Co się tyczy poszczególnych postaci niedrożności i częstości ich, to: zmiany organiczne i zrosty ścian stanowią 44% wszystkich niedrożności i wykazują 50% śmiertelności; niedrożność pochodzenia otrzewnowego (przepukliny wewnętrzne, zrosty, zlepy otrzewnowe) 24.8% i 67%; zatkania kamieniem żółciowym 0,91% i 80%, nowotwory 26% i 64,3%, uchyłek Meckel'a 4% i 63,6%. Porównywując dane dla przepuklin uwięzgniętych i niedrożności jelit, widzimy, że ta ostatnia wykazuje większą śmiertelność, lecz różnica ta znika, jeżeli porównamy wyniki operacyj obydwóch tych schorzeń, lecz tylko przypadków jednakowo długo trwających. Różnica ta zależy bowiem przeważnie od późniejszego zwykle rozpoznania i operowania niedrożności, niż uwięzgniętej przepukliny. Krytycznym punktem jest trzecia doba, później śmiertelność znacznie się zwiększa. Autor więc wobec tego nawołuje do jak najwcześniejszego rozpoznania niedrożności jelit i niezwłocznego operowania, albowiem tylko wczesny zabieg może polepszyć dotychczas tak złe rokowanie tego schorzenia. *A. Wojciechowski.* (Warszawa).

Archiv für Klinische Chirurgie.
1921. T. 116. Z. 1.

1. W. Denk. **Studja nad przyczynami i zapobieganiem powstawania pooperacyjnego wrzodu jelita czczego.** Ilość operowanych z powodu wrzodu trawiennego żołądka wzrasta stale, a z nią i częstość wrzodu traw. jelita czczego; w r. 1920. opisano już 309 przypadków. Autor omawia pierwotny wrzód jelita, pooperacyjny wrzód w miejscu przetoki — »żołądkowo-jelitowy« — i wrzód trawienny samego jelita czczego, oraz teorje ich powstawania, a mianowicie: 1) teorję mechaniczną, odnoszącą powstawanie wrzodu do ucisku zaciskadeł, drażnienia przez nitki jedwabne, uderzania pokarmu o ścianę przeciwległą przetoce, z podaniem przypadków klinicznych i wyników doświadczeń własnych na psach, 2) teorję chemiczną, uwzględniającą nadkwaśność, zaleganie treści, różne metody operacyjne, 3) teorję o zaburzeniach w krążeniu, powodujących miejscową niedokrewność i strawienie, mogących też występować na tle kiły, miażdżycy etc, 4) teorję nerwową, analogiczną do odpowiedniej teorji powstawania wrzodu żołądka; tu blizna ma być źródłem podniet drażniących unerwienie, powodujących miejscowe skurcze naczyń z następowem niedokrwieniem i strawieniem. Po wycięciu wrzodu żołądka u zwierząt nie udało się autorowi wywołać wrzodu trawiennego jelita, natomiast u ludzi opisano — takich wrzodów po wycięciu 10; autor zaś spostrzegał 3. Za zasadniczą przyczynę wrzodów pooperacyjnych uważa autor pierwotne uszkodzenie błony śluzowej różnego pochodzenia i następowe trawiące działanie soku żołądkowego przy istniejącem usposobieniu. Dla zapobiegania poleca jako zabieg wycięcie z możliwie rozległem wycięciem błony śluzowej, przy przetoce zaś unikanie wszelkich jej uszkodzeń, przyczem należy złączyć z żołądkiem pętlę możliwie krótką; po operacji powinno się stosować długotrwałą djetę (bezmięsną!), unikać alkoholu i tytoniu, przy podawaniu atropiny lub jej podobnych. Zresztą żadna metoda operacyjna nie zabezpiecza z pewnością przed wrzodem trawiennym jelita.

M. Sgalitzer. **Z djagnostyki roentgenologicznej chorób przełyku, w szczególności raka przełyku.** Omówienie własnej metody badania roentgenograficznego przełyku zapomocą dwóch zdjęć w płaszczyznach do siebie prostopadłych, przy kierunku promieni strzałkowych i czołowych, w zastosowaniu do rozpoznania różniczkowego guzów, zwężeń bliznowatych i skurczowych oraz uchyłków przełyku. Na licznych, wyrazistych reprodukcjach objaśnia autor dane rozpoznawcze — jakoto postać i kontury wypełnienia przy raku przełyku i jego powikłaniach: rozszerzenie powyżej guza, zwężeniu, ucisku na tchawicę, przebiciu do dróg oddechowych. Zdjęcie przy czołowym kierunku promieni umożliwia dalej rozpoznanie właściwości guza bez użycia środka kontrastowego, gdyż przy takiem zdjęciu guz przedstawia się jako zagęszczenie na tle powietrznych części płuca. Z kolei omawia autor rozpoznanie roentgenologiczne zwężeń dobrotliwych, uchyłków, przemieszczenia przełyku i ciał obcych.

3. W. Denk i A. Winkelbauer. **O zachowaniu się tchawicy po operacjach wola.** Sprawą tą dotąd zajmowano się bardzo niewiele. Autor badał tchawice w 51 przypadkach zapomocą zdjęć roentgenowskich, wykonywanych w różnych odstępach czasu po wycięciu wola. W okresie 1—14 dni w niewielu tylko przypadkach nastąpił powrót do stosunków prawidłowych, a większość okazywała przemieszczenie i zwężenie, jak przed operacją lub nieznaczną poprawę, a nawet nowe zmiany. Po 2 tygodniach natomiast zwiększa się ilość przypadków, okazujących zupełną poprawę, a po 6 miesiącach zaledwie jeden przypadek na 17 pozostał bez poprawy. Proces powrotu do stanu prawidłowego jest ukończony dopiero w pół roku po operacji, a dalsze spostrzeganie nie wykazało już żadnego postępu. Autor zwraca uwagę na niezależność objawów duszności od stosunków, dających się przedmiotowo wykazać.

4. O. Marburg i E. Ranzi. **Klinika i leczenie guzów mózgowych ze szczególnem uwzględnieniem wyników końcowych.** Wielka praca, zestawiająca 318 przypadków guzów mózgowych, leczonych na klinice chirurgicznej I we Wiedniu w czasie od 1901 — 1919 r., przez wykonanie zabiegów: 1) w zakresie półkul, 2) na przysadce mózgowej, 3) na móżdżku, 4) w okolicy kąta móżdżkowo-mostowego, 5) operacyj wentylowych. Omówienie danych rozpoznawczych i wskazań oraz techniki. Przeważnie stosowano znieczulenie miejscowe dla zmniejszenia krwotoku; zamiast dłut używano frez; wielokrotnie postępowano dwuczasowo dla uniknięcia nagłych zmian w ciśnieniu; oponę twardą zaopatrywano rozmaicie.

Dokładne daty statystyczne dotyczące śmiertelności, wyleczeń lub poprawy po różnych rodzajach zabiegów. Co do wyboru postępowania, autor poleca, o ile umiejscowienie pozwala, wydobycie guza, o ile zaś nie, możliwie rozległą dekompresję; z zabiegów łagodzących najlepszym okazał się wentyl Cushinga.

5. A. Bier. **Leczenie zachowawcze t. z. gruźlicy chirurgicznej.** Autor ogranicza znaczenie leczenia chirurgicznego gruźlicy do minimum; pospolicie uwzględniane wskazania do zabiegów operacyjnych, według niego, nie mają racji bytu. I tak: 1) tz. pozastawowe (extrakapsularne) ogniska leczą się doskonale zachowawczo; 2) martwaki wsysają się same pod wpływem zachowawczego leczenia; 3) nadwichnięcia dają się wyrównać zupełnie i łatwo bez operacji; 4) operując nie zyskujemy nic na szybkości leczenia, gdyż ognisko nigdy nie jest jedynem, a zawsze wymagane jest dłuższe leczenie

ogólne; 5) ropnie zimne, leczone zachowawczo, znikają same; 6) wiek starszy nie jest żadnem przeciwwskazaniem do leczenia zachowawczego. Do środków leczniczych należą: 1) Słońce (Rollier) i to niekoniecznie górskie (Hohenlychen pod Berlinem), którego działanie autor uważa za pokrewne leczeniu ciałami białkowatemi; 2) przekrwienie żylne bierne; 3) jod, podawany jako jodek sodu. Gipsu nie należy używać, stosować tylko aparaty wyciągowe i inne. Opis zakładu w Hohenlychen.

Także i oporne postacie gruźlicy, jak toczeń guzkowy i brodawkowy, grzyb pochewki stawu kolanowego, twardą postać gruźlicy gruczołów na szyji udało się po dłuższym czasie zachowawczo wyleczyć. Pomimo że materjał leczony w zakładzie należał do postaci najcięższych, osiągnięto 70% wyleczeń, 20% poprawy, przy 3.8% śmiertelności. Wreszcie zwraca autor uwagę na znaczenie słońca w wychowaniu młodzieży, jako czynnika zapobiegawczego szerzeniu się gruźlicy.

6. Braun. **Granice miejscowego znieczulenia.** Omówienie różnych sposobów znieczulenia, przedewszystkiem lędźwiowego i krzyżowego, których śmiertelność (zwłaszcza pierwszego) znacznie przewyższa pod tym względem uśpienie ogólne. Uśpienia, którego technika znaczne poczyniła postępy, nie należy zarzucać, lecz umożliwiać lekarzom ćwiczenie się w wykonywaniu jego, gdyż dotychczas ma ono swoje wskazania. Natomiast zatrucia nowokainą dadzą się ograniczyć przez użycie roztworów o nizkiem stężeniu ($^1/_4$% do $^1/_2$%) i odpowiednią technikę wstrzykiwania. W dalszym ciągu następuje omówienie wartości różnych sposobów znieczulenia miejscowego głowy, szyji, tułowia, kończyn, a szczególnie jamy brzusznej, przyczem autor poleca bardzo swój sposób znieczulania nerwów trzewiowych po otwarciu tejże. Znieczulenie miejscowe winno zastąpić około 50% uśpienia ogólnego.

Hilarowicz. (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 25 stycznia 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 76.

1. Kol. Boczar interpeluje w sprawie czasopisma lekarskiego. Kol. Woyciechowski i kol. Ciechanowski wyjaśniają powody wygórowanej prenumeraty. Nadto kol. Ciechanowski omawia warunki Akademji nauk lekarskich w Warszawie w sprawie słownika lekarskiego, zaznaczając, iż Zarząd Akademji zastrzega sobie prawa wydawnicze raz na zawsze. Prawa autorskie zostają jednakowoż przy osobach współdziałających we wydaniu Słownika lekarskiego. Towarzystwo lekarskie otrzymuje 20% z czystego zysku za pierwsze wydanie, a 10% za dalsze, nadto wynagrodzenie dla autorów, którzy przyjmowali udział w pierwszem wydaniu, w kwocie 200.000 Mkp. Oświadczenie powyższe przyjęto jednogłośnie

2. Kol. Rosner okazuje guz większy, niż głowa męska, który jest **mięśniakiem podsurowiczym macicy** nawskroś zmartwiałym. Niektóre miejsca tego mięśniaka okazują obraz martwicy suchej czerwonej, inne i to rozległe rozmiękczynę. Guz pochodzi od osoby 35 letniej, która jest w ciąży. Martwica wystąpiła w 3 m. ciąży i spowodowała atak miejscowego zapalenia otrzewny, dość łagodny. W przypadku tym usunął R. guz, okłuł na ścianie macicy w szypule ogromną ilość naczyń i pozostawił macicę w początku 4 mies. ciąży. Do poronienia nie przyszło. Chora zniosła zabieg doskonale, podobnie jak inna chora, u której R. usunął w początku 6 m ciąży podobnie wielki guz podsurowiczy.

W dyskusji kol. Zubrzycki omawia podobny przypadek, obecnie spostrzegany, a mianowicie u chorej w 3-cim miesiącu ciąży stwierdził objawy, wskazujące na obumarcie włókniaka wychodzącego ze szyjki macicy. W przypadku tym postępuje konserwatywnie.

3. Kol. Lenartowicz przedstawia; a) przypadek **Dermatitis herpetiformis Duhring**, dotyczący kobiety 38-letniej. Typowe dla tej choroby zmiany na skórze usadowione są głównie na klatce piersiowej, grzbiecie i na przedniej i wewnętrznej stronie ud. Oprócz licznych rumieni w formie kół i odcinków kół o charakterze rumienia wielopostaciowego widać w częściach obwodowych plam rumieniowych pęcherze różnej wielkości ułożone grupami i wypełnione treścią surowiczą, obok nich powierzchowne ubytki przyskórka po zdrapanych pęcherzach, tu i ówdzie strupy. Na błonie śluzowej jamy ust ślady po pękniętych pęcherzykach. Zmianom towarzyszy dotkliwe świędzenie, zmuszające chorą do drapania. Dotkliwy świąd jest też w tym wypadku powodem bezsenności. Objawy przedmiotowe i podmiotowe obecne trwają od 2 miesięcy. Jestto zarazem 4 nawrót tej choroby w ciągu roku, najdotkliwszy ze wszystkich dotychczasowych. Upadek sił, wynędznienie i ciepłota, dochodząca wieczorami do 38·6° C, nie są bynajmniej następstwem zmian na skórze (objawów takich przy tej chorobie skórnej z zasady nie napotykamy), odnieść je należy w tym przypadku do zmian gruźliczych w płucach (naciek w szczycie lewym i zmiany rozpadowe w płucu prawem). Te zmiany nakazują ostrożne rokowanie. Na razie rozpoczęto leczenie wstrzykiwaniem własnej krwi śródmięśniowo w ilości 10 cm^3 co dwa dni

b) przypadek: **Pityriasis rubra pilaris Devergie**, dotyczący chłopca 10-letniego. Zmiany chorobowe są tu dopiero w początkach a rozmieszczone są umiarowo na grzbietach rąk, na grzbietnej powierzchni stóp i na grzbietnej powierzchni palców rąk. Widzimy tu drobne stożkowate guzki barwy żywo czerwonej pokryte na szczycie drobną łuseczką, okazującą w środku nierzadko czarny punkt, który jest resztką obłamanego włosa, guzki bowiem usadawiają się w tej chorobie głównie wokoło uchyłków i torebek włosowych. Na przedramionach i podudziach guzków jest znacznie mniej, ale skóra lekko zaczerwieniona okazuje miernego stopnia otrębowate łuszczenie. Ponieważ chodzi o początek choroby, należy przypuszczać że wstrzykiwania śródmięśniowe arsenu zadziałają korzystnie.

4. Kol. Walter wygłosił odczyt: **„O etjologji gruczołów dokrewnych w przebiegu impetigo herpetiformis“.** (Odczyt powyższy ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Rosner nie ze wszystkiem zgadza się z wywodami kol. Waltera. Mowca wyszedł w wywodach swoich z dwóch założeń. Naprzód z tego, że choroba skórna i rozmiękczenie kości są w tym przypadku skojarzone, t. zn. mają wspólne podłoże etjologiczne, a powtóre z założenia, że rozmiękczenie kości jest chorobą wielogruczołową (polyglandularną). I pierwsze i drugie założenie wymagałoby udowodnienia, zanim wyciągnięte z nich wnioski możnaby przyjąć bez zastrzeżeń.

Kol. Eisenberg podnosi wątpliwości co do hipotezy etjologicznej, wypowiedzianej przez mowcę. Hipoteza ta, gdyby okazała się prawdziwą, tłómaczyłaby conajwyżej niezmiernie rzadką koincydencję impetigo herpetiformis z rozmiękczeniem kości ciążowem, natomiast zupełnie nie próbuje tłómaczyć związku między hipotetycznem zatruciem a dominującym objawem chorobowym t. j. powstawaniem pęcherzy. Stanowczo także należy się sprzeciwić wyciąganiu wniosków etjologicznych ze skuteczności leczenia surowiczego. O ile wogóle wnioski takie ex juvantibus są niepewne, a często zawodne o tyle tembardziej, gdy chodzi o metodę leczniczą tak wielostronną i nadającą się do różnorakich tłómaczeń. — Działanie przeciwjadowe wobec zupełnie hipotetycznych jadów, dotąd nie wyosobnionych nie jest bynajmniej prawdopodobniejsze lub jaśniejsze od przypuszczenia, że skutek leczniczy polegał na leczeniu białkowem.

Dr. Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 10 marca 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 86.

1. Kol. Demianowska przedstawia przypadek **wiądu rdzenia z objawami opuszkowymi.** Chory, lat 45 liczący, podaje, że w 17 roku życia przebył kiłę. Od r. 1916 cierpi na osłabienie kończyn dolnych i bóle w krzyżach. Przed 4 laty wystąpiły ranne wymioty treścią śluzową. Badany nadużywa alkoholu. W ostatnich czasach (przed 5 tygodniami) wystąpiły u chorego zaburzenia w połykaniu, zwłaszcza pokarmów płynnych, duszność i utrudniona mowa. Badanie przedmiotowe stwierdza obecnie typowe objawy wiądu rdzenia, a w zakresie nerwów mózgowych obustronne porażenie podniebienia miękkiego i więzadeł głosowych w pozycji głosowej. Zastosowano leczenie przeciwkiłowe. Po 2 tygodniach wystąpiła poprawa, a mianowicie wróciła częściowo ruchomość prawego więzadła głosowego i prawego łuku podniebiennego. Objawy opuszkowe w przebiegu wiądu rdzenia należą do rzadkich. W występowaniu i przebiegu wykazują one bliskie powinowactwo z dość częstemi porażeniami nn okoruchowego i odwodzącego, i są one prawdopodobnie także następstwem nacieków zapalnych w odpowiednich jądrach; zmiany te obok spraw degeneracyjnych stwierdziły nowsze badania w drobnowidowym obrazie wiądu rdzenia. (A. r.)

W dyskusji kol. Leszczyński wyraża przypuszczenie obecności kilaka jądrowego lub też ograniczonego zapalenia opon mózgowych. Kol. Franke zaznacza, że zmiana na palcu nie jest na tle wiądowem, ale raczej zejściem po miejscowym procesie zapalnym, okostnowym.

2. Kol. Progulski przedstawia przypadek **bardzo wczesnego zakażenia gruźlic**., dotyczący dziecka, przyjętego do kliniki w 18 dniu życia, o wadze 2800 g, z powodu objawów zapalenia okrężnicy. Odczyn Pirqueta był ujemny. Pod wpływem mleka kobiecego z 17% cukrem nastąpił powrót do zdrowia. W 3 miesiącu życia kaszel, przybierający charakter metalicznego staccato, nasunął podejrzenie rozwijającej się gruźlicy gruczołów śródpiersiowych. Ponowny odczyn Pirqueta był wątpliwy, próba Mantoux zaś żywo dodatnia. Prześwietlenie wykazało zwiększenie cienia wnęki prawej. Po 6 tygodniach zwolna kaszel się zmniejszył, stan ogólny poprawił się. W $4^1/_2$ miesiącu przebyło dziecko odrę bez następstw. Obecnie $6^1/_2$ miesięczne dziecko, wagi 5.800 g. niema kaszlu a cień wnękowy wyjaśnial znacznie. Przypadek powyższy wykazuje, iż, mimo zakażenia gruźlicą w pierwszych dniach życia, niemowlę

może się rozwijać bardzo dobrze. Mowca przedstawia równocześnie dziewczynkę dziś 10 letnią bez objawów chorobowych, u której w 7 miesiącu życia stwierdzono w klinice dziecęcej bardzo liczne tuberkulidy na skórze; odczyn skórny był wówczas dodatni. (A. r.)

3. Kol. Hellerówna przedstawia **karliczkę krzywiczą 30 letnią w 9 miesiącu ciąży**, która od urodzenia leżała przez 12 lat, a w 13 roku życia rozpoczęła pierwsze próby chodzenia. Wzrost chorej 81 cm, głowa nieproporcjonalnie duża, o wybitnie rozwiniętych guzach czołowych. Klatka piersiowa krótka, o bokach spłaszczonych, mostku wysuniętym znacznie ku przodowi, wykazuje w części piersiowej prawostronny garb i skrzywienie boczne a wyrównawcze skrzywienie boczne w części lędźwiowej kręgosłupa. Miednica nieumiarowa, o charakterze miednicy pseudoosteomalatycznej. Lewa połowa miednicy jest węższa od prawej, odpowiednio do lewostronnego skrzywienia bocznego lędźwiowego. Postać wchodu nerkowata, *coniugata diagonalis* = 5 cm. Nachylenie miednicy jest tak znaczne, że części rodne zewnętrzne są umieszczone całkowicie ku tyłowi. Kończyny dolne wykazują najwybitniejsze zniekształcenia, kości udowe w postaci litery O, goleniowe esowato powyginane, zachodzą na siebie. Stopy i dłonie krótkie, niezgrabne. Brzuch obwisły, macica zbacza na stronę prawą, główka daje się wyczuć na prawym talerzu biodrowym. (A. r.)

W dyskusji kol. Sołowij podkreśla rzadkość nadzwyczajną tak dalece rozwiniętych zmian krzywiczych, a kol. Bocheński zaznacza, że z powodu 3 cm szerokiej *coniugata vera* o porodzie naturalnym nie może być mowy.

4) Kol. Wiczkowski wygłasza odczyt o **wczesnym rozpoznaniu gruźlicy płuc**. Na wstępie wskazuje na trudności rozpoznawcze we wczesnej, czynnej gruźlicy płuc; podaje krytyczny przegląd mniej lub więcej znanych objawów wypukowych i przysłuchowych, objawów ogólnego zakażenia i odczynów biologicznych. Obszerniej przedstawia obraz kliniczny postaci suchot, jako to: *phtisis larvata, abortiva, occulta*. Wspomina też o *„pleurite a sepitition"* Piery'ego i o postaciach chorobowych, których tło gruźlicze dopiero sekcją daje się wykazać. Wykład swój kończy propozycją, czyby nie było z korzyścią dla społeczeństwa, gdyby kliniki i szpitale otworzyły stacje djagnostyczne dla gruźlicy wogóle, a specjalnie dla gruźlicy płuc. (A. r.)

W dyskusji kol. Pisek podkreśla, że obowiązek zwalczania gruźlicy leży na całem społeczeństwie, kol. Rencki podnosi, że wszystkie środki rozpoznawcze są mało pewne i często zawodzą. Kol. Ostrowski wysuwa postulat zażądania od Ministerstwa zdrowia publicznego budowy sanatorjum dla chirurgicznej gruźlicy kości. Kol. Schramm dodaje, że jego 35 letnie doświadczenie ze szpitalika św. Zofji skłania go do leczenia chirurgicznego gruźlicy kości. Kol. Zalewski zaznacza, że zwiększenie liczby przypadków gruźlicy jest w związku z wadami zarządzeń higjenicznych po miastach. Dość wspomnieć, że we Lwowie zamiata się ulice wtedy, kiedy dzieci idą do szkoły.

5) Kol. Cieszyński przedstawia chorą, 35 letnią L. u której wystąpiły 13 dni po porodzie stany gorączkowe, dochodzące do 39·5⁰, o nieznanem podłożu i utrzymały się w dalszym ciągu, wahając się między 39⁰ a 38⁰. 5 tygodni, później wystąpił ból zęba przedtrzonowego górnego lewego, który skłonił chorą do szukania pomocy u specjalisty. Jama ustna w wysokim stopniu zaniedbana, w lewej szczęce górnej wykazuje 4, wskazany przez chorą, przewlekłe zapalenie ozębnej tak samo oba zęby przedtrzonowe i trzeci ząb trzonowy po prawej stronie górnej szczęki (8, 5, 4), na które chora się nie skarżyła. W tejże okolicy istnieje wybitne zaczerwienienie i rozpulchnienie błony śluzowej przedsionka. Gruczoły podszczękowe z prawej strony wymacalne, wielkości fasoli, niebolesne. Usunięto 8, 5, 4, przyczem stwierdzono ziarniniaki na d 5 i 4 i połączenie z jamą szczękową przez ząbodoł 5. Wystrzyknięcie jamy szczękowej wykazało ropne zapalenie jamy szczękowej prawej pochodzenia zębowego. Na drugi dzień ciepłota spadła na 36·6⁰, a jama szczękowa została wyleczona w przeciągu 8 dni w zwykły, znany sposób. Przypadek ten wskazuje na konieczność badania jamy ustnej i uzębienia, jeżeli występują stany gorączkowe lub podgorączkowe nieznanego pochodzenia. Stomatolog może często odkryć przyczynę badaniem klinicznem, a ukryte ziarniniaki i torbiele zębowe, stwierdzić badaniem rentgenologicznem; trafność rozpoznania potwierdzi zabieg operatywny, który usunie objawy ogólne (A. r.)

6) Kol. Stenzel przedstawia fotografje **obu rączek noworodka, obciętych** przez akuszerkę **w czasie porodu** przy poprzecznem zaniedbanem położeniu. Płód po obrocie na nóżki urodził się żywy a skrwawił się dopiero następowo.

W dyskusji kol. Bocheński rozpatruje winę akuszerki i karygodność czynu pod kątem widzenia prawnego i podkreśla konieczność planowego nadzoru nad akuszerkami. Kol. Sieradzki zaznacza, że Ministerstwo zdrowia publicznego ma zamiar zmienić ustawę o akuszerkach, dodając, że w Poznańskiem, jak i w Niemczech, każda akuszerka musi co jeden lub dwa lata przejść krótki kurs dokształcający. Kol. Mikołajski przedstawia fatalny stan pomocy położniczej na prowincji. Ubytek zaznacza się ilościowo, a jakościowo materjał akuszerek jest niedostateczny. Proponuje powołanie komisji do rozpatrzenia sprawy akuszerek.

W dyskusji zabierali jeszcze głos kol. Zalewski, Bocheński, Franke i Halpern. Do komisji wybrano kol. Sołowija, Bocheńskiego, Mikołajskiego i Kwiatkiewicza. *Kmietowicz*, sekretarz.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział lwowski.

VII. posiedzenie naukowe z dnia 22. grudnia 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 20.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawił a) nader zajmujący a zarazem niezwykły przypadek, dotyczący 21-letniego mężczyzny, u którego **na tle ognisk rumienia wielopostaciowego** przyszło do rozwoju **wykwitów kiłowych**. Chory zakażeniu uległ przed 6 miesiącami i wtenczas przerobił bardzo słabe leczenie przeciwkiłowe;

b) 45-letniego mężczyznę z **pęcherzycą** (*pemphigus foliaceus*); sprawa chorobowa posuwa się obwodowo od ognisk pierwotnych, zajmując coraz dalsze przestrzenie na twarzy, ramionach, tułowiu; najmniej zaatakowane kończyny dolne; od dwu dni zmiany na błonie śluzowej ust i przełyku;

c) 40-letnią kobietę z **neurofibromatosis**: u osobnika z wybitnym niedorozwojem umysłowym — prócz pigmentacji w postaci licznych plamek i barwikowych i znamion, rozsiane głównie w skórze tułowia guzy rozmaitego kształtu i wielkości, konzystencji miękkiej; powierzchnia guzów, leżących powierzchownie, okazuje zabarwienie normalnej lub nieco brunatnej skóry; w głębi leżące guzy mają barwę niebiesko-szarą. Mowca przedstawia szereg preparatów histologicznych z danego przypadku;

d) **raka języka** u 42-letniego mężczyzny, omawia momenty rozpoznawcze i przedstawia preparaty histologiczne.

W dyskusji zabiera głos dr. Leszczyński i dr. Mierzecki.

2. Doc. dr Leszczyński i dr. Meisels przedstawiają trzy przypadki **łuszczycy, leczonej naświetlaniami grasicy**. Dr. Meisels podaje technikę, stosownie do wskazówek, podanych w pracy Brocka, który pierwszy planowo naświetlał grasicę u chorych na łuszczycę. Prym. Leszczyński omawia teorję Sambergera, który stosował wstrzykiwania wyciągu grasicy u chorych na łuszczycę, dalej pracę Brocka, w końcu wyniki, jakie wspólnie z kol. Meiselsem otrzymali. U wszystkich trzech chorych stwierdzić się daje ustępowanie wykwitów łuszczycy po naświetlaniu grasicy. (Rzecz przeznaczona do druku).

3. Doc. Leszczyński i dr. Füllenbaum-Kogutowa. **„Neosalvarsan rtęciowy, jodowy i jodowo-rtęciowy"**. Leszczyński omawia sposób Linsera (Hg-neosalvarsan) i podaje wyniki lecznicze, uzyskane temi wstrzykiwaniami na kobiecym oddziale skórn.-wener. P. Szpit. P. we Lwowie. Dalej omawia sposób Duba (jod-neosalvarsan), wypróbowany również na tym oddziale. W końcu podaje wyniki, uzyskane przez kombinację „lwowską". Chcąc wyzyskać dodatnie strony sposobu Linsera i Duba, zaczęto na wspomnianym oddziale wstrzykiwać mieszaninę jodowo-salwarsanowo-rtęciową, wyniki były dobre; ubocznych zaburzeń nie było.

(Po zebraniu większego materjału rzecz ukaże się w Przeglądzie dermatologicznym).

W dyskusji przemawiał prof. Łukasiewicz, dr. Papée, dr. Salpeter i prelegent. *Zdzisław Kotiers*, sekretarz.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

III. Posiedzenie kliniczne z dnia 12 lutego 1922.

Przewodniczący Grzankowski, obecnych 36.

1) **Puławski** zawiadamia o ustąpieniu dotychczasowego sekretarza z posiedzeń — Landego i dziękuje mu za siedmioletnią ciężką pracę, której owocem było wydanie 4 tomów „Pamiętnika klinicznego": dwóch pełnych (1916/17 r.) i dwóch z powodu trudnych finansowych warunków druku — w streszczeniu (1918 i 19 r.) Dalsze tomy (1920 i 21 r.) są w przygotowaniu. Zamiast jednego sekretarza ze względów praktycznych proponuje nadal wybór dwóch; jednego internisty, drugiego chirurga. Co do kandydatury na sekretarza chirurga ma nastąpić jeszcze porozumienie ze specjalistami. Na sekretarza internistę proponuje Goździckiego. Oba wnioski przyjęto.

2) **Śniegocki** przedstawia chorą l. 17, która w dzieciństwie przechodziła płonicę, błonicę i zapalenie oczu. Matka jej jeden raz rodziła przedwcześnie w 7 miesiącu ciąży (foetus maceratus), zmarła na zapalenie mózgu. Chora od 7 lat narzeka na bóle w okolicy stawu biodrowego prawego. Bóle niestałe, często w nocy, nieraz występują z większem nasileniem. Udo prawe znacznie wypuklone i wygięte na zewnątrz w górnej swej części, kończyna krótsza o 2 ctm. Ruchy w omawianym stawie, zwłaszcza odwodzenie, zginanie upośledzone. Podczas chodzenia i ucisku na ten staw bolesność. Roentgen (Drozdowicz) wykazuje znaczne zgrubienie jakoteż i wygięcie kości udowej w górnej części, miejscami wybitnie zdemineralizowanej. Odczyn Wassermana (Mutermilch), dwukrotny w ciągu 10 dni, słabo dodatni: Obraz cytologiczny krwi wykazuje 38% limfocytów. Rozpoznanie: *osteitis hypertrophica deformans* (*Morbus Pageti*), pomimo, iż zajęta jest tylko jedna kość długa, gdyż niewiadomo, czy z biegiem czasu, wobec młodego wieku pacjentki, nie ulegną też schorzeniu i inne kości. Za podłoże opisanych zmian kostnych należy uznać przymiot.

W dyskusji Hornowski nie zgadza się z rozpoznaniem w danym przypadku choroby Pageta, przypuszcza, iż prędzej możnaby tu mówić o sprawie miejscowej, może kiłowej. Wogóle poglądy na *osteitis hypertrophica deformans* nie są jednolite; jedni

łączą ją z *osteitis fibrosa Recklinghausena*, inni uważają za sprawę tylko taką, w której występują obrazy, jakby mięsaka kości z komórkami olbrzymiemi.

Rutkowski J. przypomina, że w chorobie Pageta zajęta bywa zwykle górna część goleni, w chorobie zaś Recklinghausena górna część uda. Przeciw chorobie Pageta w danym przypadku przemawia i wiek chorej: Paget spotyka się między 40—60 rokiem życia, Recklinghausen — u ludzi młodszych. Ponadto przy różniczkowaniu danej sprawy kostnej trzeba pamiętać jeszcze i o mięsaku myelogennym. Dla ustalenia rozpoznania należy wykonać próbne wycięcie kawałka kości.

3) Siedlecka przedstawia preparaty mikroskopowe t. zw. **Krompecherowskiego raka**, z komórek podstawnych (Bazalzellenkrebs), wychodzącego z małżowiny usznej.

4) Skubiszewski przedstawia przypadek **mięsaka jelita cienkiego** u 70 letniej kobiety, zmarłej wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Guz ten wielkości głowy noworodka usadowił się w górnym odcinku jelita cienkiego, którego ściana w tem miejscu przedstawia przedziurawienie, drążące do jamy guza, powstałe wskutek rozpadu. Ściana jamy, utworzona z mięśni gładkich, jakto wykazało badanie drobnowidowe, zawiera mały otwór, przez który przedostała się treść pokarmowa z jelita i to spowodowało zapalenie ropne błony brzusznej.

W dyskusji Sławiński przypomina, że mięsaki dawać mogą wgłobienie, Steyner, że mięsaki mogą powodować przez zagięcie kiszki zamknięcie. Hornowski przytacza przypadek mięsaka, wielkości pięści, w który wlazła glista, co spowodowało ropienie i przedziurawienie.

Puławski wyraża żal, że demonstracje anatomopatologiczne nie są uzupełniane przytaczaniem przebiegu klinicznego.

5) Skubiszewski przedstawia rzadki przypadek powstawania **kości w błonie śluzowej tchawicy**. Tchawica na całej przestrzeni usiana drobnemi wysepkami, twardemi, stosunek tych wysepek do chrząstki jest luźny. Badanie drobnowidowe wykazało, że wysepki te przeważnie składają się z tworów kostnych, a w środku zawierają szpik kostny. Na podstawie własnych badań, przeprowadzonych w 1913 r. S. przychodzi do wniosku, że te twory kostne powstają w pasie wewnętrznym włókien sprężystych wskutek nieprawidłowego rozwoju. Na tej podstawie całą sprawę określa jako: **tracheopathia osteoplastica**, a nie tracheitis ossificans.

6) Hornowski przedstawia i omawia przypadek **jednoczesnego bąblowca w wątrobie i licznych przerzutów raka**, którego pierwotnem wyjściem była szyjka maciczna.

W dyskusji Puławski podaje dane kliniczne, z których wynika, że wątroba gładka, w dolnej części nieco wypukłona, dochodziła do spojenia łonowego. Gruczoły pachwinowe były powiększone. Badanie ginekologiczne ujawniło raka macicy, zkąd rozpoznanie przerzutów rakowatych w wątrobie. Odczyn Wassermanna był ujemny. Morfologicznie krwi nie badano. Mutermilch zaznacza, że swoista wartość odczynu Gnedini-Weinberga w znacznym stopniu zmniejsza ta okoliczność, że niekiedy występuje on dopiero po nakłóciu ściany pęcherza bąblowca, względnie po zabiegu operacyjnym, co objaśnia się tem, że wytwarzanie się niweczników w ustroju chorego znajduje się w zależności od przedostawania się swoistego białka bąblowca do obiegu krwi. Prawdopodobnie grubość ściany pęcherza lub inne miejscowe warunki powodują w niektórych przypadkach nieprzedostawanie się składników białkowych pęcherza do ustroju chorego. Drozdowicz w związku ze sprawą rozsiewania się bąblowca w ustroju bez objawów klinicznych przypomina przypadek Alters-Schönberga, w którym u chorego z bąblowcem wątroby prześwietlanie wykazało całkiem nieoczekiwanie po jednym bąblowcu w każdem płucu, a ze strony płuc nie było żadnych objawów objektywnych ani subjektywnych.

7) Byszewski odczytuje sprawozdanie o chorych po zabiegach **sympaticotomia periarterialis** a) u mężczyzny l. 25 z rozpoznaniem: **wrzód podudzia, kiła** — na razie wynik operacji był dodatni, lecz krótkotrwały. b) u chorego l. 39 z rozpoznaniem: **Ulcera trophica plantae dextrae, caries putrida ossis calcanei et tali dextri**, wynik dotychczas zupełnie zadowalniający, dodatni, c) u chorego l. 72 z rozpoznaniem: **zgorzel starcza stopy i podudzia lewego**, wyniku żadnego nie stwierdzono, chory zmarł. i d) u mężczyzny l. 41, z rozpoznaniem: **Mumificatio digitorum pedis sinistri**, wynik był wątpliwy.

W dyskusji Sławiński zaznacza, że jest to okres prób tego zabiegu. trzeba się jednak liczyć z faktem, iż jest szereg przypadków już opanowanych dzięki przecięciu nerwów sympatycznych okołotętniczych, które to przecięcie daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem i bez ryzyka dla operowanego.

8) Krasnopolski omawia przypadek **torbieli naskórkowej** na dłoni, powstałej po skaleczeniu się dłutem i, demonstrując preparat, zapytuje Skubiszewskiego, jaki wynik dało badanie anatomopatologiczne drobnowidowe nadesłanego wycinka. Skubiszewski odpowiada, że budowa ściany torbieli odpowiada w zupełności budowie skóry.

W dyskusji Sławiński zwraca uwagę na rzadkość przypadku. Francuscy autorowie torbiel tego rodzaju uważają za rodzaj **wszczepienia naskórka pod skórę**, tak, że wewnętrzna strona torbieli winna być wysłana nabłonkiem. Takie torbiele zdarzają się na wargach. Hornowski prosi o oznaczenie, która strona jest zewnętrzna, a która wewnętrzna, celem powtórnego zbadania danej torbieli anatomo-patologicznego. Rutkowski J. uznaje dany przypadek za nie rzadki; niedawno spostrzegał na klinice chirurgicznej podobną torbiel — i sądzi, że przy interpretowaniu wyniku badania anatomo-patologicznego wycinka ze ściany torbieli musiało zajść nieporozumienie: nabłonek wielowarstwowy płaski musiał wyściełać wnętrze torbieli, a nie znajdować się na zewnątrz. Skubiszewski objaśnia genezę powstania danej torbieli sprawą zapalną, która mogła wytworzyć naokoło ogniska zapalnego otoczkę z tkanki łącznej. Sławiński jeszcze raz zaznacza, że przypadek należy do unikatów: nikt z chirurgów, z którymi o nim rozmawiał, temu nie przeczy. W literaturze francuskiej opisano tylko 3 przypadki takiej torbieli.

9) Puławski przemawia w sprawie dalszego wydawania „Pamiętnika klinicznego". Wybrano komisję celem omówienia sposobów sfinansowania wysokich kosztów druku i papieru.

W. Goździcki, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 lutego 1992.

Przewodniczący Z. Monsiorski. Obecnych 36-ciu, gości 7 miu.

1) Kol. Rubinrot (gość) wygłosił rzecz p. t. **Jeszcze słów kilka w sprawie rentgenoterapji włókniaków macicy.** Mówca zdał sprawę z przebiegu leczenia i jego wyniku w dalszych 34-ch przypadkach włókniaków macicznych przez naświetlanie promieniami Roentgena. Z powyższej liczby 12 chorych przerwało leczenie z powodów niewiadomych prelegentowi. U pozostałych mowca uzyskał, jak twierdzi, 100% uleczeń zupełnych, ponieważ we wszystkich tych przypadkach uzyskał zaprzestanie miesiączkowania. Efekt powyższy mowca otrzymał po zaaplikowaniu chorej przeciętnie 2,5 serji naświetlań przy ogólnej dawce 225 x. Czas naświetlania wynosił 2 godziny i 45 minut. Na zasadzie powyższych danych oraz doświadczenia dawniejszego, mowca stawia rentgenoterapję na pierwszem miejscu wśród metod leczenia włókniaków macicznych i twierdzi, że metoda operacyjna leczenia, dająca jakoby 5% śmiertelności, nie wytrzymuje krytyki w stosunku do rentgenoterapji.

Metoda naświetlania, stosowana przez mowcę, zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy łagodną metodą francuską (Beclère) i gwałtowną metodą niemiecką, przy której stosowaniu można uzyskać efekt pożądany, tj. zaprzestanie miesiączkowania na jednem posiedzeniu, wzgl. na dwóch. Metoda prelegenta ma te zalety, że sprowadza wyleczenie dość szybko, nie daje jednak żadnych objawów pobocznych, które Niemcy stale notują po naświetlaniu forsownem pod postacią t. zw. Roentgenkater. W zakończeniu swego referatu mowca dochodzi do wniosku, że rentgenoterapja jest metodą wskazaną w leczeniu włókniaków poza nielicznemi przypadkami, wymagającemi leczenia operacyjnego.

W dyskusji kol. Altkaufer podkreślił dwie zasadnicze luki statystyki mowcy. a mianowicie, że nie uwzględnia ona zupełnie jakości włókniaków pod względem ich rozmieszczenia w macicy i nie podaje danych anamnestycznych. Bez uwzględnienia powyższych zastrzeżeń wyniki prelegenta, nawet bardzo pomyślne nie są w stanie przekonać o wyższości rentgenoterapji nad leczeniem operacyjnym włókniaków macicy. Kol. Lorentowicz zaznaczył, że dane statystyczne są miarodajne wyłącznie wtedy, kiedy pochodzą z oddziału klinicznego, zaś dane z praktyki prywatnej, jak te, które podał mowca, nie powinny być użytkowane w celu przekonania kogoś o wartości tej czy innej metody leczniczej. Sam, jako zwolennik leczenia włókniaków macicy energją promienną, zwraca uwagę na radioterapję, która w ostatnich czasach jest szeroko stosowana we Francji i, o ile można sądzić z doniesień prasy, przewyższa znacznie rentgenoterapję. Kol. Judt zaznajomił obecnych z najnowszemi aparatami do wytwarzania promieni Roentgena, które pozwalają na otrzymywanie nadzwyczaj silnie działających promieni. Niektóre pracownie warszawskie są już w posiadaniu takich aparatów. Próby nad ich działaniem są już w toku, a wyniki nie każą na siebie długo czekać. Kol. Czyżewicz i Monsiorski zaznaczyli, że pomimo wszystko pozostają jeszcze zwolennikami leczenia operacyjnego włókniaków macicy, gdyż ono jedynie jest w stanie sprowadzić wyleczenie zupełne przez usunięcie chorego narządu, gdy tymczasem leczenie promieniami Roentgena sprowadza jedynie ustanie jednego z objawów choroby, tj. krwawień przy pozostawieniu w organiźmie chorego narządu. Radioterapja jest, zdaniem mowców, metodą, nadającą się do leczenia bardzo nielicznych przypadków włókniaków. Kol. Czyżewicz zaznaczył pozatem, że radjo- czy rentgenoterapja winna być stosowaną w przypadkach, nadających się do naświetlania, pod ścisłą kontrolą ginekologa. Rentgenolog winien być tutaj jedynie wykonawcą i stosować się bezwzględnie do wskazówek, udzielonych mu przez ginekologa.

Kółko Naukowe lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

Rok. 1921.

X. posiedzenie z dn. 29 sierpnia.

1. Dr. Brauner (Odd. W. I.) przedstawia przypadek z objawami **moczówki prostej**. W wywiadach: uraz czaszki 1915 (wybuch granatu), jakiś czas potem prawostronne porażenie, obecnie jąkanie. W 1917 r. kiła. Leczenie energiczne (4 salwar., 62 wstrzyk. rtęciowych i 70 wcierań). Z wiosną b.r. nagle wzmożona ilość moczu (12 do 16 litr.) i pragnienie. Stan obecny: na obu oczach zap. siatk. i nacz., zrosty na tęcz. praw. W układzie nerw. nic szczególnego. Krew prawidł. Wasserm. Rozp.: możliwie kilak, uciskający na

przysadkę. Czynnik usposabiający: uraz? Zastosowano 25 wcierań. Brak poprawy.

Dyskusja: Dr. Baley uważa za wskazane zbad. pola widzenia. Dr. Węgrzynowski omawia inny przyp., leczony również na Od. W. I. Wasserm. ujemny. Podano pituitrynę. W dwie godz. po 1-szem wstrzyknięciu zmarł. Wykazano glioma na dnie IV. kom. z obfitym krwotokiem, który niewątpliwie był przyczyną śmierci. Dr. Segen, doradza zawsze stosować pituitrynę.

2. Dr. Karowiec (Odd. chir.) omawia 4 przypadki **niedrożności jelit porażennej, po spożyciu świeżych surowizn.** Klinicznie: ostra niedrożność z zapadem. Wśród zabiegu chir. widać jelita cienkie rozdęte do maximum, naczynia krwionośne na nich porozszerzane. Jelito grube zapadnięte, wypchnięte ku górze. Podstawy anatomicznej, którąby tłumaczyła niedrożność, nie wykazano. Z 4 przypadków 3 zakończyły się śmiercią. Zdaniem mowcy wskazywałoby to na zatrucie jakiemiś, bliżej nie znanemi substancjami pokarmowemi. W ożywionej **dyskusji** przemawiali: drzy Węgrzynowski, Zaczek, Segen, Bykówna, Janusz, Ziembicki. W szczególności Dr. Janusz omawia trzy śmiertelne przypadki z punktu widzenia anat.-patolog. Obraz anatomiczny i histologiczny nasuwa w istocie pewne przypuszczenie możliwości zatrucia (silne wynaczynienia). Tłumaczenie jednak powstania niedrożności jedyną tylko drogą zatrucia, uważałby za zbyt daleko idące. Przytacza badania Koberta, któremu udało się wyodrębnić z roślin, pokrewnych fasoli, zasadę, nazwaną przez niego *fazyną*, posiadającą własności aglutynujące, ta jednak ginie przy ciepłocie 55. Przypomina nadto doświadczenia Fedorowicza z podwiązywaniem tęt. i żyły krezkowej i wypowiada przypuszczenie, że w opisanych przypadkach silna bębnica wywołać mogła niedrożność przez ucisk na naczynia, a pewne produkty, może z fazyną na czele, wywołały objawy zatrucia. Prym. Ziembicki przestrzega przed wyciąganiem wniosków na podstawie materjału bądźcobądź skąpego. Zwraca uwagę na rozmaitość tych środków żywności, których spożycie, wedle wywiadów, w przedstawionych przypadkach miało poprzedzić objawy niedrożności (chleb, ziemniaki, ogórki, fasola i t. d.) Przypomina, że n. p. same ziemniaki mogą powodować zatrucia, których tło stanowią w różnych przypadkach różne drobnoustroje, jak proteus, b. botul., coli, paratyphus i t. d.). Przytacza znane przykłady masowego zatrucia (Darmstadt, Lipsk), zatrucia konserwami fasolowemi (*fabismus*), ale i innemi jarzynami. Nie należy zaniechać i odpowiednich badań bakterjologicznych w podobnych przypadkach.

Zjazd lekarzy dentystów w Warszawie.

W dniach od 24—26 marca b. r. w Państwowym Instytucie Dentystycznym odbył się Zjazd delegatów do Rady Głównej Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem przy udziale przedstawicieli: 11 oddziałów tegoż Związku oraz T-wa lekarzy dentystów b. Zaboru pruskiego, Polskiego Związku lekarzy-dentystów Województwa Śląskiego, Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie, Państwowego Instytutu Dentystycznego, Ministerstwa Wyz. Rel. i Oświec. Publicz., Ministerstwa Zdrowia Publ., prasy zawodowej, stowarzyszeń dentystycznych w Warszawie i licznych gości.

Dnia 24 marca wieczorem delegaci zaznajomili się ze sprawami, mającemi być tematem obrad zjazdu.

Dnia 25 przed południem przy wypełnionej sali Prezes Związku lekarz-dentysta W. Zawidzki (Warszawa) zagaił zebranie serdecznem powitaniem gości, podkreślając szczególnie obecność przedstawiciela kolegów Polaków z G. Śląska. Na przemówienie prezesa Związku odpowiadali prof. A. Cieszyński (Lwów), lek. dent. Fr. Kos (Mysłowice-G. Śląsk), lek. dent. A. Perliński (Poznań), Dr. A. Meissner (Dyrektor Pań. Inst. Dent.), lek. dent. Świtała (Bydgoszcz) i Dr. Szafran (Lwów), którzy, serdecznie witając Zjazd, wyrazili nadzieję, że przyczyni się do podniesienia rodzimej dentystyki i zaznaczyli, że wobec powagi spraw, mających być tematem obrad, pierzchła uprzednia nieufność co do zgubnej współpracy na gruncie warszawskim.

Stosownie do zapowiedzi obrady miały dwojaki charakter: ogólny i wewnętrzny. Sprawy ogólne o charakterze społeczno zawodowym, były tematem sobotnich obrad pod przewodnictwem prof. Czubalskiego, a następnie lek. dent. Świtały; wywołały one ożywioną dyskusję, a za podstawę dla niej przyjęto ustawy i postulaty opracowane przez Zarząd Rady Głównej Związku saw. lek. dent. w P. P.

Po **dyskusji** uchwalono w tej części obrad szereg wniosków, z których najważniejsze podajemy:

1. Zjazd delegatów wraz z zaproszonymi gośćmi uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w życie ustawy lekarsko-dentystycznej i ustawy o Izbach lekarsko-dentystycznych. Przyjmując za podstawę projekt tychże ustaw, opracowany przez Zarząd Związku, Zjazd poruczył Zarządowi Związku lek. dent. w P. P. przesłać projekt do Minister. Zdrowia Publ. i odnośnych władz po uprzedniem zasięgnięciu i uwzględnieniu opinji wszystkich pokrewnych organizacji. 2. Zjazd uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w najbliższym czasie osobnych studjów przy wydziałach lekarskich uniwersytetów; w tym celu zarezerwować dla studentów dentystyki przy wydziałach lekarskich najmniej 10% miejsc w stosunku do liczby stud. medyków. Dla ułatwienia tej sprawy z punktu widzenia finansów Państwa, pożądane jest utworzenie, jeśli nie 3 — osobnych katedr, to przynajmniej 3 adjunktur z „venia legendi" przy każdej istniejącej katedrze dentystyki, organizując temsamem studjum dentystyczne w sposób najekonomiczniejszy. 3. Zjazd uważa za konieczne zwołanie I polskiego ogólno-krajowego Zjazdu naukowego lekarsko-dentystycznego, uznając termin jego — lipiec 1923 roku i miejsce — Lwów, za odpowiednie (wniosek prof, Cieszyńskiego) 4. Zjazd uznaje konieczność wydawania tygodnika o treści naukowo-zawodowej; wprowadzenie w czyn powyższej uchwały poruczono Zarządowi Rady Głównej Związku. 5. Uchwalono podjąć inicjatywę utworzenia zawodowej bibljoteki centralnej, a oprócz tego bibjiotek oddziałowych i ruchomej przy Radzie Głównej.

W drugiej części Zjazdu, wewnętrznej, prowadzonej pod przewodnictwem lek. dent. M. Germana (Warszawa), Zjazd postanowił:

1. przyjąć sprawozdanie z działalności Związku, z którego wynika, iż Związek posiada 11 oddziałów, liczy 640 członków i wykazał bardzo ożywioną działalność tak naukową, jak również społeczno-zawodową; 2 utworzyć kasę wzajemnej pomocy, kooperatywę, centralną komisję etyczno-zawodową, centralne biuro pośrednictwa pracy oraz przyjął szereg uchwał o treści organizacji wewnętrznej Związku; 3. zatwierdzić projekt budżetu na rok 1922.

Dokonano wyborów prezesa Związku w osobie lek. dent. W. Zawidzkiego, członków Zarządu i komisyj.

W zakończeniu uchwalono podziękować Dyrekcji Państw. Inst. Dent. w osobie Dra A. Meissnera za gościnne udzielenie lokalu na Zjazd, przedstawicielom profesury, redaktorowi „Kroniki Dentystycznej" w uznaniu zasług za dotychczasową działalność na niwie polskiego piśmiennictwa dentystycznego, Komitetowi Gospodarczemu Zjazdu oraz wielu instytucjom i osobom, które nadesłały na Zjazd życzenia. Po przemówieniach przedstawicieli Związku i żegnanych gości przewodniczący zamknął Zjazd dn. 26 marca.

Dzień przedtem wieczorem Zarząd Rady Głównej Związku wydał w salonach hotelu „Polonia" bankiet na cześć swych gości i delegatów.

Wogóle należy podkreślić, że zarówno poważny i zgodny ton obrad, jak i wewnętrzna organizacja Zjazdu pozostawiły na uczestnikach jak najlepsze wrażenie. Praca dokonana przez delegatów, którzy ją prowadzili ze zrozumieniem powagi chwili, wyda bezwzględnie w najbliższym czasie plony obfite.

Posiedzenie Towarzystwa neurologicznego w Paryżu z dn. 2. VI 1921.

I. Claude i Dupuy-Dutemps przedstawiają **przypadek zespołu Parkinsona, postać „głowową" z tachyphemią, zaburzeniami ocznemi i sympatycznemi.** Zaburzenia tonusu ograniczają się wyłącznie do mięśni twarzy i oczu. Ze strony oczu stwierdza się wzniesienie oczu do góry, niemożność zwrotu oczu w dół ani w pozycję zbieżną, wskutek tego podwójne obrazki. Objawy te odnoszą do zaburzeń tonusu, związanych z zaburzeniem funkcjonalnem, zachodzącem w wiązce podłużnej tylnej. Tachyfemia, którą tłumaczą zaburzeniem w mechanizmie regulującym czynność ośrodków dla ruchów automatycznych mowy, przedstawiała się u chorego w następujący sposób: albo chory powtarza jedno i to samo słowo, albo ten sam frazes, nie może dać pokój temu powtarzaniu i w miarę trwania tegoż mówi coraz szybciej, albo też w ciągu zdania chory nagle poczyna w dalszym ciągu mówić szybko, przechodząc w bełkotanie niezrozumiałe, poczem po chwili może znowu mówić prawidłowo. Zaburzenie to przypomina przyspieszenie się chodu parkinsonowców, antero- i retropulzye. Pozatem istniało u chorego wzmożenie wydzielania łez, które uważają za pochodzenia sympatycznego i odnoszą też co do umiejscowienia do dużych jąder podstawy mózgu.

II. Froment i Gennevois: **Zanik mięśniowy postępujący rdzeniopochodny i zapalenie mózgu i rdzenia myoklonicznе.** Przypadek z objawami Aran-Duchenne'a z usadowieniem jednostronnem i poczynającem się przechodzeniem na opuszkę. Początek wśród objawów letargiczno-myoklonicznych. Po roku trwania wśród ciągłego postępu objawów zwrot wybitny ku lepszemu i to, jak Fr stanowczo przypuszcza, pod wpływem stałych wstrzykiwań adrenaliny a zwłaszcza dożylnych urotropiny.

III. Krebs i Béthoux: **Myoklonia i zespół Parkinsona w następstwie zapalenia nagm. mózgu.** W miarę jak zesztywnienie ogarnia mięśnie, znikają myoklonie. Aby skurcze myokloniczne mogły powstać, są konieczne pewne warunki korzystnego napięcia mięśni, gdy ono jest za duże lub za małe, drgawki myokloniczne znikają. Czasami uwidoczniają się one przy zmianie pozycji, czasem przy wysiłkach dowolnych mięśni, czasem dopiero, gdy skurcz mięśnia dokonuje się pod oporem.

IV. Roussy i Cornil: **Trwała pląsawica o nagłym początku z usadowieniem w lewej kończynie dolnej.** Zwraca uwagę, że podniecenie pląsawicze stopniowało się przy wszystkich próbach współruchowych, między innemi przy akcie mówienia.

V. Roussy i Cornil. W sprawie **przypuszczalnego pochodzenia strialnego pewnych zaburzeń ruchowych skojarzonych i atetozy, syntonji zależnej od automatyzmu i hypertonii czynnościowej.** U dwóch omawianych chorych z zespołem wzgórkowym istnieją zaburzenia **tonusu**, które R. i C. określają jako *„syntonie d'automatisme"*, uwidaczniają się bowiem one przy ruchach auto-

matycznych, jak np. przy chodzie. W spokoju stwierdza się hypertonię chorych kończyn, ta jednak zamienia się w hypertonię, gdy chory chodzi. Wówczas pod wpływem zjawiającej się hypertonji, chory zgina łokieć, rękę, rozprostowuje nogę w stawie biodrowym i z tego powodu chód staje się takim jak w porażeniu połowiczem. Także badanie kończyn zdrowych w celu wywołania współruchów wywołuje tę hypertonię. Wreszcie istnieje tu hypertonia czynnościowa, „zamiarowa" (także zw. paratonią), polegająca na tem, że chory, który w spokoju ma wiotkie kończyny, wykazuje ich nadmierne napięcie w chwili, gdy mu się zaleca zwolnić mięśnie.

VI. S i c a r d i F o r e s t i e r. **Laminektomja w przewlekłych sprawach w stawach kręgów lędźwiowych** *(lumbarthrie chronique)*. Zalecają ten zabieg: 1) Gdy sprawa jest przewlekłą i oporną na inne sposoby leczenia. 2) Gdy kiła, gruźlica i nowotwór można wykluczyć. 3) Gdy proces chorobowy ogranicza się do okolicy lędźwiowej nie wykazując skłonności posuwania się ku górze. Rozstrzygającem wskazaniem operacyjnem jest wykazanie radjologiczne narośli kostnych („dziobów papuzich") i stwierdzenie, że się one ograniczają do kręgosłupa lędźwiowego.

VII. S i c a r d i F o r e s t i e r. U chorej, cierpiącej na chorobę Raynauda od 20 lat wykonano **wycięcie sympatyczne**: obnażono tętnicę ramieniową a w kilka tygodni później wycięto zwój gwieździsty (szyjny dolny). Wynik żaden.

VIII. V i n c e n t Cl. i L a r d e n n o i s. **Zaburzenia odruchowe.** Przypadek niezwykle zajmujący. Zranienie lewej stopy w r. 1914, z następowem długotrwałem ropieniem. Z czasem wznowienia ropienia, gwałtowne bóle, skurcze bolesne i ciągłe rozranianie się blizny i otoczenia na kikucie. To było powodem kilku amputacyj, wreszcie powstał kikut, obejmujący już tylko górną część podudzia lewego. W okresie obserwacji, 1920 r., chory używał dziennie z powodu bólów 0.06 gr. morfiny, 0·08 heroiny i dwa cm^3 sedolu (morfina ze scopolaminą) z powodu niesłychanych bólów w kikucie. Przedmiotowo wykazywał zanik całej kończyny chorej, ciągłe ruchy w jej stawach, przechodzące na szczycie napadów bólów w gwałtowne drżenie, idące z kolana, stały przykurcz zgięcia w kolanie chorem, wygórowanie odruchów głębokich obustronne, zanik kości kończyn dolnych, wyniszczenie ogólne. Żeby choremu ulżyć, przedsięwzięto zabieg chirurgiczny, który pierwotnie miał polegać tylko na przecięciu gałązek czuciowych n. kulszowego i n. skórnego przyśrodkowego łydki (*saphenus*). W czasie narkozy przykurcz w kolanie trwał, a także po przecięciu tych nerwów mimo głębokiego uśpienia. Wówczas V. i L. postanowili dołączyć wycięcie n. sympatycznego w pochewce tętnicy udowej. Z tą chwilą przykurcz ustał już w czasie narkozy i od tego zabiegu datuje się wyleczenie chorego z bólów i kurczów mimowolnych, odtąd też goją się pięknie wrzody na bliźnie poamputacyjnej. Od dnia operacji można było odstawić środki narkotyczne.

IX. C o y o n, L h e r m i t t e i F r i x - L a r r o u i x. **Przypadek jamistości rdzenia.** Zachwala wpływ dodatni naświetlań rentgenowskich (dawki 2·5 z przesączaniem przez blaszkę aluminiową grubości 5 mm.) Naświetlania te powtarzają przez s z e r e g l a t. Działanie promieni jest zagadkowe, prawdopodobnie proces bujania glijakowatego pod wpływem promieni wygasa.

Orzechowski

Medycyna społeczna.

Dr. A. Kuhn. Lwów.

Statystyka śmiertelności z raka w Galicji w latach 1873—1912 na podstawie wykazów ruchu ludności.*)

Statystyka nasza do roku 1894 włącznie obejmuje »zwyrodnienia rakowate«, od roku 1895 »nowotwory złośliwe«. Materjał więc, który opracowałem, prócz raka — szczególniej od r. 1895. — zawiera także przypadki innych nowotworów złośliwych, głównie mięsaków. Według P r i n z i n g a w latach 1872—1898 w Hamburgu przypadało na 100 przypadków raka 4,7 mięsaków, w Austrji w latach 1898—1900 wśród zmarłych w szpitalach z powodu nowotworów złośliwych przypadało na mięsaki 15·3%. Według V i r c h o w a w r. 1877 na 809 zwłok sekcjonowanych w Charité w Berlinie stwierdzono 39 razy raka (4,8%) a 5 razy mięsaka (0,6%), co odpowiada stosunkowi 8 : 1. Dat potrzebnych do rozdzielenia moich liczb na poszczególne rodzaje nowotworów złośliwych nie posiadam. Toteż liczby, które wymienię w dalszym ciągu, odnosić się będą nie wyłącznie do raka, ale wogóle do nowotworów złośliwych, ilekroć więc mówić będę o raku, należy podstawić słowa »nowotwory złośliwe«. Podobny błąd zachodzi zresztą w wielu innych statystykach raka.

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu XI. Sekcji I. Zjazdu higjenistów polskich we Lwowie w dniu 20. lipca 1914., drukowany w streszczeniu w publikacji pt. „I. Zjazd higjenistów Polskich we Lwowie", Lwów 1914.

Opracowanie moje obejmuje lata 1873 do 1912, tj. lat 40. Liczby zmarłych do roku 1909. włącznie czerpałem z publikacyj Krajowej Rady zdrowia i materjału Departamentu sanitarnego Namiestnictwa, dla lat 1910—1912 wyłącznie z ostatniego źródła. Liczby te zestawiono z wykazów o rodzajach śmierci (1873—1894) i z wprowadzonych na tychże miejsce wykazów ruchu ludności (1895—1912). Liczbę mieszkańców oparłem o daty spisów ludności z lat: 1869, 1880, 1890, 1900 i 1910, obliczając liczbę mieszkańców dla każdego roku z osobna przez doliczanie przyrostu rocznego ludności.

Bliższą uwagę poświęcę wspomnianym wykazom o rodzajach śmierci i wykazom ruchu ludności, jako stanowiącym podstawę moich obliczeń. Oba te wykazy były sporządzane na podstawie ksiąg metrykalnych, które prowadzą urzędy parafialne i urzędy metrykalne izraelickie; materjał pierwotny stanowiły w obu przypadkach kartki pośmiertne oglądacza zwłok. Te kartki pośmiertne są materjałem dość niepewnym, gdyż znaczna ich większość pochodzi od niefachowych oglądaczy zwłok: ilość skonów, w których przyczyna śmierci była sprawdzoną przez lekarza, wahała się u nas w latach 1895 do 1912 między 20·9% (1895), a 28·6% (1910), a więc jeszcze w ostatnich latach w prawie $^3/_4$ częściach przypadków śmierci oglądaczami zwłok były osoby niefachowe. Pewną poprawę urzędowej statystyki sanitarnej wprowadzono w r. 1895., gdy bowiem przed tym rokiem wykazy zmarłych były sporządzane przez urzędy metrykalne, i to tylko liczbowo, od r. 1895 urzędy metrykalne dostarczały wykazów indywidualnych, w których każdy przypadek śmierci z osobna był wykazywany wedle pewnego schematu; te wykazy indywidualne podlegały kontroli, względnie poprawkom, lekarzy powiatowych, a następnie zestawienia opracowywali lekarze powiatowi z jednej strony, a centralna Komisja statystyczna we Wiedniu z drugiej strony. Stąd wyniki statystyki naszej, a więc i liczby zmarłych od r. 1895, dają nieco większą pewność, aniżeli liczby z lat poprzednich. Sądzę, że ta niepewność liczb co do raka nie idzie zbyt daleko, a to dlatego, że w stosunkowo wielu przypadkach raka, choroby długotrwałej i połączonej z dotkliwemi objawami, chorzy udawali się do lekarzy i rozpoznanie choroby doszło do wiadomości otoczenia chorego, a potem oglądacza zwłok; zresztą rak należy do tych chorób, których nazwa niefachowym oglądaczom zwłok jest z reguły znaną, a których obraz chorobowy bywa dla laików wyraźniejszy, aniżeli w niektórych innych chorobach. Muszę tu podnieść równoległość liczb obliczonych z naszej statystyki z liczbami innych krajów, co, zdaniem mojem, dowodzi, że nasza statystyka nie jest zupełnie bez wartości.

Toteż nie wahałem się na podstawie obliczeń, uzyskanych z tej statystyki, wykreślić krzywą i budować na podstawie przebiegu tej krzywej pewne wnioski. Linja ta przedstawia liczbę zmarłych w Galicji z raka na 100.000 mieszkańców kraju.[1]) Od roku 1873 do r. 1912 wznosi się ona z nieznacznemi wahaniami, jednostajnie bez większych skoków znacząc liczby od 14·8 (w r. 1873) do 33·7 (w r. 1912). Zauważam, że wahania od r. 1895 są mniejsze, co może stać w związku ze wspomnianą już poprawą naszych wykazów zmarłych.

Nawiasowo podaję liczby otrzymane dodatkowo z innego źródła: Według N o w i c k i e g o w lwowskim instytucie anatomji patologicznej za czas od grudnia 1896 do 1903 włącznie stwierdzono raka na 7006 sekcyj 366 razy tj. w 5,27%. Od roku 1904 do końca r. 1913 stwierdzono w tymże instytucie według J a n u s z a, na 10.117 sekcyj raka 578 razy t. j. w 5.71%.

Czyż jesteśmy uprawnieni do wniosku, że rak staje się coraz częstszym, że choroba ta rozszerza się w naszym kraju? Czy to wzrastanie choroby jest istotne, czy tylko pozorne?

Najpierw nasuwa się myśl, że może z b i e g i e m l a t c o r a z m n i e j p r z y p a d k ó w r a k a u c h o d z i ł o z a p i s y w a n i u, innemi słowy: że może skony zaszłe z raka były coraz dokładniej spisywane. Zważyć musimy, że okres, do którego się odnosi moje zestawienie, w Galicji był okresem rozwoju kulturalnego i społecznego, że z jednej strony

[1]) Obliczenia szczegółowe i rysunek krzywej zaginęły w latach wojny.

ludność nasza coraz chętniej udawała się do lekarzy o poradę, z drugiej strony miała coraz łatwiejszą sposobność leczenia się. I tak było w Galicji:

Z końcem 1873 lekarzy 751 tj. jeden na 7500 mieszk.
„ 1912 „ 1593 „ „ 5125 „

W latach dziewięćdziesiątych minionego stulecia wprowadzono w życie instytucję lekarzy okręgowych, przez co rozrzucono znaczną ilość lekarzy po kraju, przeważnie w okolicach, gdzie poprzednio lekarzy nie było. W r. 1873 było w kraju 24 szpitali powszechnych, w czterdzieści lat później 41. Wymienić należy także instytucję kas chorych, wprowadzoną na zasadzie ustawy państwowej z r. 1888. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat chorzy mieli coraz więcej ułatwioną pomoc lekarską i że z niej coraz częściej korzystali. Łatwy stąd wniosek, że coraz większa ilość raków za życia została rozpoznaną przez lekarzy, a następnie przez oglądaczy zwłok notowaną. Być może, że także ulepszone z biegiem lat metody badania przyczyniły się do wykrycia (rozpoznania) większej ilości raków. Wypada, zdaniem mojem, przyjąć, że z powyższej przyczyny zachodzi pozorne zwiększenie się raka, a więc, że przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z raka mamy podnoszenie się krzywej z powodu, że większa ilość takich zmarłych była zapisaną i przeszła do statystyki.

Istnieje dalej możliwość, że wskutek postępów pod względem kulturalnym, w szczególności higjenicznym, z biegiem lat coraz więcej osób dochodziło do wieku późniejszego, szczególniej podatnego dla raka, i że stąd wynika większa ilość raków kosztem innych chorób, względnie przyczyn śmierci. Istotnie tak jest. W pierwszym zeszycie ósmego tomu wydawnictwa centralnej Komisji statystycznej we Wiedniu pt. „*Oesterreichische Statistik, Neue Folge*“ z r. 1913, podniesiono, że od roku 1895 w krajach monarchji austrjackiej zmienił się stosunek przyczyn śmierci w ten sposób, że zmniejszyły się liczby zmarłych z chorób dziecięcych i wieku dojrzałego, natomiast wzrosły liczby zmarłych z chorób wieku późniejszego, jakoto z udaru mózgowego, chorób serca i raka. Idzie to w parze z objawem, że tak absolutnie, jak i stosunkowo, zmniejszyła się liczba zmarłych w młodości, powiększyła się zaś liczba zmarłych w wieku późniejszym; dotyczy to w szczególności także Galicji. Jeżeli przeciwstawimy grupę zmarłych w kraju w wieku powyżej 50 lat ogólnej liczbie zmarłych, to przekonamy się, że na 100 ogółem zmarłych było w wieku powyżej lat 50 w r. 1889 20,7, zaś w r. 1912 29,6, a wzrost ten jest z małemi wahaniami ciągły. Jeżeli obliczymy liczbę zmarłych w wieku powyżej lat 50 w stosunku do ludności kraju, to się pokaże, że na 100.000 mieszkańców zmierało osób tej kategorji w dziesięcioleciu 1893—1902 rocznie przeciętnie 649, zaś w dziesięcioleciu następnem 1903 - 1912 rocznie przeciętnie 655. Więc istotnie ilość osób zmierających w Galicji w wieku powyżej lat 50 uległa w ostatnich latach powiększeniu, a stąd rak, choroba właściwa wiekowi późniejszemu, częściej pojawiała się jako przyczyna śmierci. Według tego przypuszczenia nawet bez istotnego wzmożenia się choroby mielibyśmy więcej zmarłych z raka z powodu, że wśród żyjących było więcej osób, które dożyły wieku późniejszego.

Jakkolwiek z pewnością jakaś część zwiększonej liczby zmarłych z raka przypada na powyższe dwie przyczyny, to przecież zostaje jeszcze otwartą sprawa, dla nas najważniejsza, czy rak nie stał się względnie częstszym w poszczególnych klasach wieku, czy może na raka z biegiem lat nie zapadały coraz młodsze osoby. W takim dopiero razie mielibyśmy prawo mówić o istotnem wzmożeniu się raka. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy w dotychczasowej statystyce brak danych. W każdym razie dużo daje do myślenia fakt, że śmiertelność z raka w ostatnich latach wzrosła powszechnie w podobnym, a nawet większym stopniu, niż u nas, tak w krajach monarchji austrjackiej, jak i w innych pod względem kultury wysoko stojących krajach Europy, w których ani dokładniejsze rejestrowanie raka, ani lepsze rozpoznawanie tej choroby, a może także zwiększenie się liczby osób żyjących w wieku powyżej lat 50, nie wchodzi w rachubę w tak znacznym stopniu, jak u nas.

Przechodząc do szczegółów, chcę przedewszystkiem zwrócić uwagę na rozmieszczenie raka w różnych okolicach kraju. W tym celu zestawiłem śmiertelność stosunkową z raka na 100.000 mieszkańców według powiatów w dwóch dziesięcioleciach. Największa śmiertelność była:

w latach 1885—1894:

miasto	Kraków	—	156 z.[2])
„	Lwów	—	91 w.
powiat	Jasło	—	34 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Tarnów	—	31 z.
„	Stanisławów	—	30 w.
„	Biała	—	27 z.
„	Brody	—	25 w.
„	Sambor	—	25 w.
„	Sanok	—	25 p.

w latach 1895—1904:

miasto	Kraków	—	198 z.
„	Lwów	—	114 w.
powiat	Pilzno	—	39 z.
„	Biała	—	36 z.
„	Chrzanów	—	35 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Drohobycz	—	33 w.
„	Tarnów	—	33 z.
„	Brody	—	31 w.
„	Jasło	—	31 z.

Wysoka liczba obu stolic kraju tłómaczy się w pewnej części znaczniejszą liczbą obcych zmarłych w szpitalach i na klinikach, zresztą może także znaczniejszą ilością mieszkańców, zaliczających się do t. zw. inteligencji. Nawiasowo nadmieniam, że statystyka śmiertelności z nowotworów złośliwych w obu stolicach kraju stanowi wdzięczny, a dotychczas niewyzyskany, temat do oddzielnego opracowania. Tak w śmiertelności, którą wykazuje Kraków w stosunku do Lwowa, jak i w śmiertelności powiatów, okazuje się przewaga zachodniej części kraju, zamieszkałej przeważnie przez ludność polską; wysoką śmiertelność wykazują także powiaty Galicji wschodniej, w których obrębie znajdują się większe miasta, zamieszkałe w znacznej mierze przez Żydów, jak Brody, Drohobycz, Stanisławów. Można sądzić, że wchodzą tu w grę różnice rasowe, kwestja do której jeszcze wrócę.

Kraj nasz w stosunku do innych krajów monarchji austrjackiej wykazuje małą śmiertelność z raka. I tak liczba zmarłych (na 100.000 mieszkańców) w r. 1910 przedstawia się następująco:

Salcburg	145	Śląsk	63
Austrja górna	134	Pobrzeże	59
Austrja dolna	118	Kraina	46
Tyrol i Vorarlberg	114	Bukowina	45
Czechy	102	Galicja	32·5
Styrja	96	Dalmacja	28
Morawy	92	Monarchja austr.	78
Karyntja	81		

Podobne liczby, aczkolwiek nieco niższe, podaje Prinzing z lat 1896 do 1900.

Również wielka różnica na korzyść Galicji zachodzi w stosunku do niektórych innych państw europejskich. Wedle *Statistique de la France* liczba powyższa w tymsamym roku (1910) była: w Szwajcarji 123, Holandji 106, Anglji 97, Niemczech 88, Francji 79, Włoszech 65, Belgji 63, Hiszpanji 60. Interesująca jest statystyka śmiertelności z raka w Państwie niemieckiem z lat 1905—1907, którą podaje Prinzing. Na 100.000 żyjących zmarło: w Westfalji 49·4, w Poznańskiem 51·2, na Śląsku 53·6, w Prusiech zachodnich 56·0, w Prusiech wschodnich 56·3. Wszystkie inne rejencje wykazują wyższe liczby, aż do 130·5 (Szwabja w Bawarji), 124·3 (Konstancja w Badenii), 119·3 (Oberbayern). Liczba dla całego państwa niemieckiego wynosi 74·2. Prinzing twierdzi, że niskie liczby polegają prawdopodobnie na małej ilości lekarzy w odnośnych krajach i na niedostatecznem sprawdzaniu przyczyn śmierci. Na twierdzenie to nie można się zgodzić bez zastrzeżeń. Natomiast uderzające jest, że okolice, zamieszkałe w znacznej mierze przez ludność słowiańską, bez wyjątku wykazały niskie liczby śmiertelności.

---

[2]) z. oznacza Galicję zachodnią, w. wschodnią, p. powiaty leżące na pograniczu Galicji zachodniej i wschodniej.

Liczby, tak z krajów monarchji austrjackiej, jak z innych państw europejskich, są wyższe w krajach zamieszkałych przez ludność rasy germańskiej, niższe w krajach romańskich, a najniższe w krajach zamieszkałych przez Słowian. Spostrzeżenie to uzasadnia przypuszczenie, już wyżej wyrażone, że rasa odgrywa pewną rolę w częstości raka.

A teraz słów kilka, które wprawdzie nie odnoszą się ściśle do statystyki śmiertelności z raka, ale związane są z celem, dla którego podjąłem się opracowania tej statystyki. W roku 1910 Departament sanitarny Namiestnictwa zebrał za pośrednictwem lekarzy powiatowych z całego kraju spostrzeżenia uczynione co do raka przez lekarzy praktyków i w szpitalach. Ankieta ta dała wynik stosunkowo niewielki, ponieważ zastała lekarzy nieprzygotowanych; podawano przeważnie spostrzeżenia z pamięci, niedokładne. Jako dodatni wynik muszę uważać, że niektórzy Koledzy zainteresowali się sprawą; jedni postanowili prowadzić zapiski co do chorych zgłaszających się z rakiem, inni domagali się nawet wprowadzenia obowiązku donoszenia władzom o przypadkach raka. W kilku odpowiedziach podano, że rak jest częstszy w gminach miejskich, niż wiejskich. Jako czynniki sprzyjające rozwojowi raka uważano moczarowaty grunt miejscowości zamieszkania, albo niskie położenie nad rzekami i potokami, wreszcie przepełnienie i złe utrzymanie mieszkań.

Dość powszechne było zdanie, że ludność żydowska częściej zapada na raka, a jako przyczynę podawano niekiedy używanie przez Żydów z upodobaniem drażniących pokarmów i używek. Na to możnaby replikować, że Żydzi częściej szukają pomocy lekarskiej, niż inna ludność, i że stąd może pochodzić mniemanie lekarzy-praktyków, oparte raczej na ogólnem wrażeniu, jak na faktycznem liczeniu chorych, jakoby rak u Żydów był częstszy. Należy tu nadmienić, że Prinzing przytacza statystyki, z których jedne przemawiają za większą, inne za mniejszą częstością raka u Żydów. We wsi Bazar w powiecie czortkowskim, zamieszkałej przez ludność pochodzenia tatarskiego, rak ma być częstszy.

Dziedziczność raka względnie dziedziczenie usposobienia do raka przyjmuje większość lekarzy. Kilka interesujących spostrzeżeń: w rodzinie pewnego lekarza w powiecie bialskim zmarł z raka dziadek, czworo dzieci i wnuk; w powiecie brzozowskim matka, a z sześciorga dzieci dwóch synów i dwie córki; w powiecie chrzanowskim zmarło trzech członków pewnej rodziny, zamieszkałych w różnych miejscowościach; w powiecie nowotarskim zmarły matka i dwie córki, a wnuczka zapadła na chorobę podejrzaną o raka; w powiecie tarnobrzeskim zmarli na raka dziadek, ojciec i dwie córki. Nie wykluczone tu oczywiście zarażenie, o ile mieszkanie osób zapadłych na raka było wspólne, choćby czasowo.

Natomiast hipoteza zaraźliwości raka mało ma zwolenników. Jako fakta przemawiające za zaraźliwością podano zachorowanie małżonków w trzech rodzinach w Białej (w kilka lat jedno po drugiem), zachorowania w jednej rodzinie w powiecie chrzanowskim (u osób pochodzących z rodzin nieobciążonych rakiem dziedzicznie), zachorowania w kilku familjach w powiecie mościskim i trzech familjach w powiecie strzyżowskim (w 1 do 2 lat jedno po drugiem). W Czortkowie miało się wydarzyć, że ojciec i syn, którzy odwiedzali krewną chorą na raka, zachorowali równocześnie na raka. W gorzelni w Dzikowie (pow. Tarnobrzeg) w ciągu trzech lat zachorowały ze służby dwie kobiety ze sobą niespokrewnione. Wszystkie te spostrzeżenia są mało przekonywujące.

Prócz powyższej ankiety w dziedzinie raka w naszym kraju nic prawie dotychczas nie zdziałano z żadnej strony. Ponieważ zaś rak jest chorobą przyprawiającą wiele osób o wielkie cierpienia i śmierć, a gdy nadto zachodzi podejrzenie, że z biegiem lat rak staje się coraz częstszy, przeto konieczne jest, aby I. Zjazd higjenistów polskich zainicjował akcję, która np. w Niemczech od szeregu lat trwa z wielkim nakładem pracy i pieniędzy. Celem tej akcji byłoby: ścisłe stwierdzenie częstości pojawiania się raka, poznanie jego etjologji i wyszukanie środków zaradczych.

Jako prowadzące do tego celu formułuję następujące wnioski (podyktowane rozważeniami, które mi się nasunęły wśród pracy):

Sekcja statystyki sanitarnej i demografji I. Zjazdu higjenistów polskich zaleca:

I. starać się o pewny materjał statystyczny co do przyczyn śmierci, do czego prowadzić może obsadzanie dalszych okręgów sanitarnych w kraju i eliminowanie od oględzin zwłok czynników niefachowych;

II. sporządzić statystykę urzędową w ten sposób, aby możliwe było uzyskanie dat co do śmiertelności z raka u poszczególnych ras i zawodów, tudzież w poszczególnych klasach wieku, wszystkie w stosunku do liczby żyjących osób danej rasy, zawodu i klasy wieku;

III. prowadzić w szpitalach dokładne historje choroby co do raka ze szczególnem uwzględnieniem dat wywiadowczych, odnośnie do dziedziczności i zaraźliwości raka;

IV. ogłosić nagrody: a) za najlepszą pracę o raku w jakiejś miejscowości, opartą na osobistych dochodzeniach na miejscu; b) za najlepszą pracę o raku w rodzinach, opartą na osobistej obserwacji;

V. powierzyć troskę o wykonanie powyższych uchwał, jakoteż kierownictwo akcją w sprawie raka w kraju, szczególnie w zakresie zapobiegania i leczenia, stałemu Komitetowi krajowemu, który miałby działać w porozumieniu z podobnemi instytucjami w państwie i zagranicą.

---

† Dr. Wincenty Styczyński.

„Nie opuszczę Gliwic prędzej, póki nie wypełnię tutejszych swych obowiązków politycznych“.

Tak pisał zmarły przedwcześnie Dr. Styczyński, drugi z rzędu męczennik polski z stanu lekarskiego, w dniu 28 marca r. b. Krótko przedtem otrzymał z Opola od Komisji Międzysojuszniczej nominację na doradcę nietylko miejskiego, ale i wiejskiego powiatu gliwickiego. Obowiązek ten wziął na siebie pomimo straty na zdrowiu i mieniu. Był to bowiem mąż silnej ręki, wykrzesany z twardej skały, charakter swego rodzaju, ostry, czasem szorstki, ale nieugięty, stały i prawy Polak.

Urodził się dnia 5 grudnia 1872 w Śremie w Wielkopolsce, egzamin lekarski złożył w Wrocławiu, gdzie studjował razem z Janem Kowalczykiem; tytuł doktora uzyskał 18 grudnia 1900. Praktykował pół roku w Starym Bieruniu, potem w roku 1901 w szpitalu w Katowicach. Następnie w r. 1902 przez 6 miesięcy w Pilchowicach i osiadł nareszcie jako lekarz praktyczny w Gliwicach, gdzie przez kilka lat utrzymywał ścisłe stosunki z adwokatem Wolnym. Podczas wojny wszechświatowej był lekarzem bataljonowym a podczas plebiscytu doradcą powiatowym w Gliwicach.

Poznałem go bliżej przy założeniu naszego starego, pierwszego „Polskiego Towarzystwa Lekarzy na Śląsku“. W zebraniach brał zawsze żywy udział i przyczyniał się w wielkiej mierze do szerzenia znajomości nowszych sposobów badań naukowych pomiędzy kolegami.

Zasługi Dra Styczyńskiego znalazły najzupełniejsze uznanie z strony polskiej lekarskiej. Nie dalej jak 4 kwietnia r. b. nadszedł wniosek do Naczelnej Rady ludowej na Śląsku Górnym treści następującej:

„Dr. Styczyński jest przewidziany na lekarza powiatowego do wschodniej części powiatu katowickiego z tymczasową siedzibą w Katowicach“.

Ręka skrytobójcza przecięła pasmo żywota tego dzielnego kolegi, który dziwnym sposobem, równie jak zamordowany przez Niemców ś. p. Dr. Mielęcki, nawet więcej miał chorych i zwolenników pomiędzy rdzennymi Niemcami, aniżeli pomiędzy Polakami. Jesteśmy w głębi duszy mocno przekonani, że Dr. Styczyński stał się ofiarą swego wybitnego stanowiska, jako wódz Polskości w Gliwicach, że został skazany na śmierć przez królewsko-prusko-niemiecki system, mianowicie przez tajną komisję morderczą, która w skrytobójczy sposób nakazała Go zamordować.

Cześć pamięci zacnego kolegi, Polaka bez skazy.!

Wiadomości bieżące.

XVII Posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 12 maja br. w Poliklinice, ul. Lindego 5. 1) Pokazy: Kol. Skrowaczewski a) rozszerzanie zwężeń krtani, b) powikłanie wśródczaszkowego ropnego zapalenia ucha. 2) Wykład kol. Aleksiewicza Józefa: Powikłane złamanie uda. 3) Dalszy ciąg zgłoszonej dyskusji a) nad proteino- i koloidoterapją, b) nad kamicą żółciową.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.